

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE 909 N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henri DIVET

Né à Fougères (Ile-et-Vilaine), le 19 septembre 1906

L'ÉTAT ACTUEL
DU TRAITEMENT DU CANCER
DU CORPS DE L'UTÉRUS

LA MÉTHODE
CURIETHÉRAPIE-CHIRURGIE ASSOCIÉES

Président : R. GRÉGOIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henri DIVET

Né à Fougères (Ile-et-Vilaine), le 19 septembre 1906

L'ÉTAT ACTUEL
DU TRAITEMENT DU CANCER
DU CORPS DE L'UTÉRUS

LA MÉTHODE
CURIETHÉRAPIE-CHIRURGIE ASSOCIÉES

Président : R. GRÉGOIRE, Professeur

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY..... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiâtrie
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale
 J. BEZANÇON... Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ.....	
AUBERTIN		CADENAT.....	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER ...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT.....		QUENU	
DUVOIR.....		SCHWARTZ.....	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY- RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection et de ma gratitude.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRÉGOIRE

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Officier de la Légion d'Honneur

Nous apprécions le grand honneur que nous fait M. le Professeur Grégoire en acceptant la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre très respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARQUIS

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Rennes
Directeur du Centre Anti-Cancéreux
Correspondant national de la Société de Chirurgie
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a donné le sujet de
cette thèse, nouvelle marque d'in-
térêt dont nous lui sommes pro-
fondément et respectueusement re-
connaissant.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR
DE GAUDART D'ALLAINES

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Professeur Agrégé à la Faculté
Chevalier de la Légion d'Honneur

*En remerciement de sa particulière bienveillance à notre égard.
Témoignage de notre respect et
de notre entier dévouement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CLAUDE BÉCLÈRE

Ancien Chef de Clinique

*Qui a bien voulu nous prodiguer
ses conseils et nous faire profiter
de son expérience. Témoignage de
respectueuse reconnaissance.*

A MES MAITRES
DE L'HOTEL-DIEU DE RENNES

Stage

M. LE PROFESSEUR DAYOT. DOCTEUR LE BALLE.

M. LE PROFESSEUR FOLLET (*in memoriam*).

M. LE PROFESSEUR QUENTIN

M. LE PROFESSEUR A. PELLÉ.

Externat

M. LE PROFESSEUR LE MONIET

M. LE DOCTEUR LE GAL-LA-SALLE (Professeur
Suppléant).

Internat

M. LE PROFESSEUR FOLLET.

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

Externat

M. LE DOCTEUR HEUYER.

M. LE DOCTEUR NICAUD.

M. LE DOCTEUR ROUX-BERGER.

M. LE DOCTEUR D'ALLAINES.

M. LE DOCTEUR METZGER.

M. LE DOCTEUR PAISSEAU.

M. LE DOCTEUR DONZELOT.

M. LE DOCTEUR FAURE-BEAULIEU.

Internat (Bon-Secours)

M. LE DOCTEUR J. QUÉNU.

Chirurgien des Hôpitaux

INTRODUCTION

Dans ce travail, nous nous proposons d'étudier le traitement de l'épithélioma cylindrique du corps de l'utérus tel qu'il est actuellement envisagé, et d'exposer une méthode de traitement peu courante : l'association Curie-thérapie-Chirurgie.

Abandonné à lui-même, ce cancer conduit fatalement à la mort après une survie estimée à deux ans et demi en moyenne, et dans des conditions particulièrement pénibles pour la malade et son entourage.

Traité, il se révèle une des formes de néoplasies les plus accessibles aux ressources de la thérapeutique.

Mais si l'accord est réalisé aujourd'hui sur les grandes lignes du traitement de l'épithélioma pavimenteux du col, il n'en est pas de même pour l'épithélioma cylindrique ou prismatique du corps de l'utérus (qui sera seul envisagé dans cette étude).

En France, les partisans du traitement chirurgical l'emportent.

A l'étranger, la Curiethérapie connaît de nombreux défenseurs.

Quelques auteurs associent les deux traitements. C'est cette méthode mixte que préconise M. le Pro-

fesseur MARQUIS. Il a bien voulu nous proposer de défendre son opinion dans cette thèse.

Les résultats obtenus : faible mortalité opératoire, bons résultats éloignés, paraissent devoir faire accorder à cette méthode une faveur plus grande que celle dont elle est actuellement gratifiée.

Après avoir exposé les résultats contradictoires des deux grandes thérapeutiques isolément et concurremment appliquées, il nous a semblé impossible de tenter une explication sans envisager la question diagnostic encore discutée, ainsi que la fréquence et les indications thérapeutiques.

Ces considérations dictent le plan qui sera suivi :

— L'histoire dans ses grandes lignes.

— L'état actuel de la question : avec les deux grandes méthodes chirurgicale et curiethérapique.

— Les résultats publiés et difficilement conciliables.

— Tentative d'explication de ces divergences par le doute qui subsiste sur la fréquence, le diagnostic et donc l'indication thérapeutique, du cancer du corps utérin.

— La méthode thérapeutique préconisée :

l'hystérectomie indispensable ;

l'utilité de son complément curiethérapique ;

les résultats ;

quelques mots de la technique ;

Enfin, les conclusions qui paraissent découler de l'ensemble de cette étude.

HISTORIQUE

Il faut arriver à 1874 pour que le cancer du corps de l'utérus acquiert une individualité clinique avec SIMPSON.

En 1876, PICHOT lui consacre sa thèse.

En 1888, celles de Pozzi et de VALLAT ouvrent l'ère chirurgicale en préconisant l'ablation de l'utérus cancéreux.

L'histoire de son traitement se confond à l'origine avec celle de l'hystérectomie, seul traitement connu jusqu'en 1913. Les débuts de l'hystérectomie ont été plusieurs fois retracés, nous n'en envisageons donc que les principaux traits.

Elle a été pratiquée bien avant que l'on ne connaisse les cancers utérins, mais dans des conditions exceptionnelles et bien particulières sur des utérus en état de prolapsus très marqué. Il en est fait mention dès le II^e siècle avant J.-C. (SORANUS). Au Moyen Age, Ambroise PARÉ semble l'avoir pratiquée (?). Plusieurs observations datent du XVIII^e siècle.

Un Piémontais, Giovanni Battista PALETTA aurait le premier enlevé un utérus non prolabé, en avril 1832 ;

On peut alors schématiquement diviser l'histoire de l'hystérectomie en plusieurs périodes. Le cancer utérin est inconnu pendant les deux premières.

LA PREMIÈRE PÉRIODE VA DE 1812 A 1830

GUTBERLET (1814), dans un mémoire, propose une technique d'hystérectomie par voie abdominale, avec introduction de la main huilée dans l'abdomen pour refouler les anses intestinales. Le chirurgien coupe les tissus, tendus sur une sorte de coupe introduite dans le vagin et englobant le col.

Ses idées sont reprises par LANGENBECK (1824) qui tente leur application pratique. La malade ne survit pas.

La première hystérectomie vaginale dont on connaisse la technique est réalisée en 1822 par SAUTER.

RÉCAMIER inaugure les méthodes hémostatiques (1829) jusque-là ignorées. La mortalité par infection s'avère considérable.

La chirurgie naissante va être arrêtée dans son essor à la suite des désastres opératoires, tels que ceux de DELPECH de Montpellier, qui pratique 21 fois une abdomino-vaginale et perd toutes ses malades (1830).

En 1830, VELPEAU se prononce contre cette chirurgie meurtrière.

DEUXIÈME PÉRIODE, DE 1830 A 1878

Période d'abandon total de l'hystérectomie sous toutes ses formes (Widal de CASSIS, NELATON, 1840-1860).

Cependant, en Angleterre l'ovariotomie conquiert droit de cité. Elle est pratiquée pour la première fois par KOEBERLÉ, en 1862.

L'anesthésie a été utilisée en 1847.

PASTEUR poursuit ses travaux sur les fermentations d'où naîtront la microbiologie et l'asepsie (1860-1880).

Il faut attendre 1878 pour assister à la renaissance de la chirurgie utérine.

TROISIÈME PÉRIODE : 1878-1892

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

A cette date, on connaît les cancers utérins col et corps. L'extirpation chirurgicale se répand, variée dans ses modalités, suivant la faveur accordée aux différentes hystérectomies.

1878 : année mémorable :

— FREUND de Strasbourg décrit son hystérectomie abdominale totale *pour cancer*. Elle gardera longtemps le nom d'opération de Freund.

— SCHROEDER pratique une amputation sus-vaginale du col par voie vaginale.

— CZERNY de Heidelberg, publie sa première observation d'hystérectomie vaginale qui portera également, longtemps son nom.

Malheureusement, la mortalité post-opératoire de ces interventions reste très élevée : 75 % dans l'opération de FREUND ; égale primitivement pour celle de CZERNY, elle tombe rapidement à 22 %.

L'opération de FREUND est, par suite de sa gravité, rejetée par la grande majorité des chirurgiens. Et cependant A. P. BISCH écrit déjà en 1892 : « Nous croyons que l'opération de FREUND est tombée dans un discrédit que ne peuvent justifier ses succès primitifs. »

Dans leurs thèses, POZZI (1888), VALLAT (1888), A. BISCH préconisent l'hystérectomie vaginale comme seul traitement du cancer du corps utérin.

KRASKE, de FRIBOURG, propose sa voie sacrée d'amputation du rectum pour aborder l'utérus. ZUCKERKAND, la voie périnéale. Elles auront peu de succès. La voie vaginale reste la seule pratiquée.

Les chiffres de mortalité post-opératoire tombent à un taux comparable aux chiffres actuels : POZZI, 9 % ; QUÉNU et TRÉLAT, cités par P. BISCH, 4 à 8 %.

Mais le cancer n'est pas encore considéré comme curable. Pozzi parle de survies de 2 ans. Pour VALLAT, « on ne connaît pas encore de guérison définitive ». P. BISCH cite des cas d'auteurs étrangers remontant à 2 et 4 ans, et considère que le traitement

prolonge la vie, empêche les pertes, sans prononcer le mot de guérison.

En 1891, TERRIER avec PÉAN, Pozzi, réhabilite l'opération de FREUND : l'abdominale totale.

QUATRIÈME PÉRIODE, DE 1892 A 1913.

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

L'hystérectomie abdominale totale, sans cesse perfectionnée, va détrôner l'hystérectomie vaginale et résumer le traitement des cancers utérins col et corps.

TRENDELENBURG préconise son plan incliné immédiatement adopté.

L'asepsie et l'hémostase diminuent considérablement les accidents post-opératoires.

WERTHEIM au congrès de Rome (1902) donne une technique d'hystérectomie totale élargie.

QUÉNU et DUVAL, Pozzi, J. L. FAURE, SIREDEY, en France, publient de nombreux travaux touchant à cette question. L'hystérectomie connaît quelques variantes dans les procédés en deux temps, vagino-abdominale ou abdomino-vaginale.

TESSON (élève de QUÉNU), dans sa thèse (1902), préconise l'hystérectomie totale dans le cancer du corps utérin. Il n'ose encore donner les chances de guérison, mais il la reconnaît possible.

1913. LE CONGRÈS DE LONDRES

L'hystérectomie abdominale remporte la grande majorité des suffrages. La mortalité post-opératoire est tombée pour le WERTHEIM, modalité la plus shockante, à 15 % environ.

Mais, surtout, à ce Congrès sont publiés les premiers résultats du traitement *des cancers utérins par le radium*.

Après les premiers insuccès de la Curiethérapie à l'hôpital Broca, dus à l'action nécrotique des radiations, la filtration du rayonnement préconisée par DOMINICI, en 1907, permet d'utiliser les effets thérapeutiques du nouveau corps.

La nouvelle thérapeutique trouve d'enthousiastes partisans surtout à l'étranger. En France, les recherches sont poursuivies avec autant d'intérêt, mais on attend la consécration du temps avant de proclamer des résultats.

Parallèlement aux discussions chirurgicales, naissent des controverses sur le choix, et la forme du corps radio-actif, la dose à employer, la conduite du traitement. Depuis 1913, l'accord s'est fait entre partisans de la chirurgie et de la Curiethérapie sur la question cancer du col, mais les opinions sont restées très partagées au sujet du cancer du corps de l'utérus.

LE TRAITEMENT DU CANCER DU CORPS
UTÉRIN DEPUIS 1913
CONSIDÉRATIONS SUR SON ÉTAT ACTUEL

Après avoir envisagé les faits principaux, touchant à l'histoire du traitement du cancer du corps de l'utérus, nous étudierons, maintenant, l'état actuel de la question.

État actuel ? il peut sembler étrange de faire remonter à 1913 la période actuelle. Médecine et chirurgie ont eu en maints sujets de brusques tournants depuis cette date. Le traitement des cancers par les radiations s'est précisé dans ses indications et ses techniques.

Mais à la lecture de nombreux ouvrages ou articles traitant des néoplasmes du corps utérin, il n'apparaît pas que telle ou telle méthode ait pris définitivement le pas sur les autres.

La chirurgie triomphe en France, depuis les travaux du Professeur REGAUD et du Docteur LACASSAGNE sur la faible sensibilité des épithéliomas cy-

lindriques aux radiations ; le radium en Suède et en Allemagne.

La plupart des chirurgiens ont recours à l'hystérectomie totale, mais l'abdominale sub-totale et l'hystérectomie vaginale ne sont pas abandonnées par tous.

Comme en 1913, chacun apportant ses statistiques défend ardemment son traitement. Nombre de statistiques partent d'ailleurs de 1913.

Les statistiques, qu'en penser ? D'aucuns leur déniaient toute valeur. C'est un fait, qu'il est toujours possible de les réduire au rôle de fidèle écho de sa propre pensée. « Nous ne croyons pas que la Médecine se fait à coups de statistiques », fait écrire le Professeur VANVERTS, de Lille, à l'un de ses élèves, JACQUES. Elles n'en restent pas moins le seul test qui permette de comparer plusieurs méthodes. La grande tare des statistiques réside bien souvent dans l'absence de bases communes, condition essentielle de leur valeur comparative. Lorsqu'elles se contredisent, il faut admettre que les faits rapportés ne sont pas semblables et rechercher pourquoi il en est ainsi.

Cette digression, dont nous nous excusons, constitue un préavis annonçant les résultats discordants notés dans les pages qui suivent, ainsi que l'espoir de les expliquer.

Deux grandes méthodes sont utilisées dans le traitement de l'épithélioma du corps utérin :

La chirurgie.

La Curiethérapie.

Nous les envisagerons successivement avec les résultats publiés.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL L'HYSTÉRECTOMIE

L'hystérectomie, la seule méthode efficace connue avant 1913, conserve actuellement la faveur de la très grande majorité des auteurs français.

Parmi ses diverses modalités, l'hystérectomie abdominale totale occupe de loin le premier rang.

Cependant, vaginale et abdominale sub-totale sont encore pratiquées, sinon de façon systématique, du moins dans certains cas. Nous nous y arrêterons avant d'envisager l'hystérectomie abdominale totale.

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Unanimement adoptée avant l'année 1900, elle tombe ensuite en discrédit. Rarement pratiquée, elle n'est cependant pas abandonnée, réservée à certaines catégories de malades, en particulier à celles atteintes d'obésité (J. L. FAURE).

Certains chirurgiens continuent à y recourir de préférence à tout autre, tels DIMITTRI, de Ott en Russie ; Von TOTH, KENNEDY.

Elle connaît actuellement en France un regain de faveur marqué par des publications diverses. LUZUY, en 1931, lui consacre sa thèse, et parmi les lésions qui en relèvent électivement, cite le cancer du corps de l'utérus.

En sa faveur, on invoque l'absence de shock opératoire, dû, dans les interventions par voie haute, à l'exposition des anses intestinales et de la cavité péritonéale à l'air libre, ainsi qu'à l'emploi de la position déclive.

« Il suffit, dit LUZUY, d'avoir vu au soir de son opération une malade obèse ayant subi une hystérectomie vaginale, même pénible et longue, pour être persuadé, par son facies et son pouls, que la voie basse doit être préférée, sans conteste, toutes les fois que l'on a des raisons sérieuses de douter de la résistance de la malade.

Ses indications résident dans toutes les causes d'affaiblissement : obésité, lésions organiques, sénilité.

Ses contre-indications relèvent surtout de difficultés opératoires : la femme atteinte de cancer du corps de l'utérus est souvent âgée, l'atrésie vaginale peut compliquer l'intervention. La friabilité de l'utérus, essentiellement, son volume marqué ou un défaut de mobilité sont des contre-indications majeures.

Le morcellement doit être à tout prix évité. On a dit d'elle qu'elle était « la plus facile ou la plus difficile des hystérectomies ».

« Opération aveugle », formellement rejetée à ce titre par quelques auteurs (TIXIER, VANVERTS). Elle ne permet pas une exploration viscérale aisée.

LUZUY préconise, pour lutter contre ces défauts, les incisions de Schuckardt, uni ou bilatérales, dirigées vers l'ischion, mordant sur le releveur.

Un obstacle important pour nombre de chirurgiens : le peu de pratique qu'ils ont de cette intervention.

Ses résultats sont intéressants

La mortalité post-opératoire est faible. Elle est, envisagée pour toutes les hystérectomies vaginales quelle qu'en soit la cause, de 4 à 5 % en moyenne.

M. le Professeur J. L. FAURE : 4,5 %; TOLET, 8 cas sans décès; ROUFFART MARIN, 30 cas sans décès. Von TOTH : 942 cas avec 2,5 de mortalité. KENNEDY : mortalité post-opératoire de 1 contre 15 par rapport à l'hystérectomie abdominale.

Les résultats éloignés dans le cancer du corps utérin semblent très favorables, supérieurs même à ceux de l'hystérectomie totale d'après M. le Professeur J.-L. FAURE. Dans la thèse de son élève J. DUVAL sont rapportés 32 cas avec :

- 1 mort post-opératoire ;
- 3 récidives ;
- 9 guérisons éloignées ;
- Soit 69 % de guérisons éloignées.

HAUPT donne 60 % de guérisons éloignées.

Parmi les observations que le Docteur TAILHEFER a bien voulu nous communiquer, nous avons relevé 2 vaginales pour cancer du corps utérin dont une actuellement en bonne santé, l'autre sans nouvelles récentes.

Citons encore comme pratiquant volontiers cette intervention dans les néoplasmes endo-utérins le Professeur LECLERC de Dijon, HAMANT et VICHARD à Nancy, HORSLEY en Amérique.

L'HYSTÉRECTOMIE SUB-TOTALE

L'hystérectomie sub-totale semble assez souvent pratiquée dans des conditions particulières. Non prévue au début de l'intervention, le chirurgien y est conduit par des difficultés diverses, préférant diminuer les risques opératoires et justifiant sa manière de faire par le caractère limité du néoplasme.

FAURE et SIREDEY écrivent dans leur traité : « Chez certaines femmes qui dorment mal, qui ont un bassin profond et chez lesquelles l'hystérectomie totale peut être difficile et nécessiter des manipulations au cours desquelles l'utérus peut être déchiré, nous n'hésitons pas à conseiller d'avoir recours à l'hystérectomie subtotale infiniment plus simple et, dans des conditions opératoires mauvaises, sensiblement plus bénigne. Le cancer du corps n'a en effet que peu de tendance à gagner le col ».

Ainsi sont définies les indications de la méthode.

On reproche à l'hystérectomie sub-totale d'exposer tout de même à des récidives sur le col. Et ne cite-t-on

pas des cas de cancérisation du moignon après subtotale pour fibrome ?

A ce sujet, le Docteur Claude BÉCLÈRE nous faisait remarquer une distinction importante. Dans certains cas, rares, se développe un épithélioma pavimenteux, donc vraisemblablement cervical, tardif dans son apparition, sans liens apparents avec l'affection primitive. Dans d'autres cas, plus fréquents, c'est un épithélioma cylindrique d'origine endo-utérine probable avec apparition précoce des symptômes. Dans ce dernier cas, le bistouri est passé en deçà des limites du tissu cancéreux et le fragment distal de la lésion continue son développement, d'où sa traduction clinique précoce.

L'éventualité est possible au cours d'interventions pour fibromes, la coexistence d'un cancer passant inaperçue. Cette coexistence, estimée à 5 % des cas de fibrome pour MUNRO-KER, cité par LECÈNE et LERICHE, serait pour HAMANT et VICHARD de 18 %, d'après leurs propres statistiques.

D'où la nécessité de ne laisser qu'un col absolument sain ; ce dont on ne peut être sûr que par l'examen histologique de la pièce enlevée. Si un doute subsiste, on devra intervenir secondairement sur le col. Opération en deux temps, exécutée dans un but de moindre shock par le Professeur LECLERC de Dijon.

Autres reproches adressés à l'hystérectomie subtotale : l'ouverture de la cavité utérine septique. Inévitable, elle nécessite toute l'attention du chirurgien.

gien. Enfin, la sub-totale privée de l'excellent drainage par voie vaginale.

Si l'on envisage les résultats de la méthode, les statistiques attestent la faible mortalité post-opératoire, en moyenne de 4 à 5 %. Argument principal de ses défenseurs.

Les résultats éloignés, publiés en petit nombre, paraissent comparables aux autres méthodes. J. DUVAL donne 69 % de guérisons sur 13 cas suivis.

Parmi les partisans de cette technique : le Professeur VANVERTS de Lille en conseille la pratique exclusive dans le cancer du corps utérin. HAMANT et VICHART y recourent aussi souvent qu'à l'hystérectomie totale, notre maître le Docteur J. QUÉNU, fréquemment. Nous avons vu ses indications pour le Professeur J.-L. FAURE.

Comme l'hystérectomie vaginale, l'hystérectomie subtotale a sa place dans le traitement du cancer du corps de l'utérus.

L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE

L'hystérectomie totale reste pour la très grande majorité des auteurs français le meilleur traitement opposable au néoplasme endo-utérin.

Les radio-thérapeutes acceptent à quelques exceptions près la supériorité du traitement chirurgical, quand il est possible, adoptant ainsi le dogme de la radium-résistance des épithéliomas cylindriques, formulé par le Professeur REGAUD.

L'accord règne également sur l'adoption de l'hystérectomie totale restreinte. L'hystérectomie totale élargie fait courir à l'opérée des risques inutiles que ne justifie pas l'extension des lésions. Elle n'est pratiquée que dans des cas avancés, chez des malades résistantes, avec une mortalité post-opératoire moyenne de 15 à 20 %.

Sur le WERTHEIN, l'hystérectomie totale restreinte a donc l'avantage d'un shock opératoire atténué, dû à la fois au minimum de délabrements, à une anesthésie courte ; l'avantage aussi d'entraîner plus rarement les redoutables accidents de cellulite pelvienne.

Sur l'hystérectomie subtotale, la supériorité de l'hystérectomie totale vient de la suppression du danger de cancérisation cervical secondaire, l'ablation de l'utérus en vase clos, la possibilité du drainage vaginal.

Sur l'hystérectomie vaginale, la visibilité facilitant l'intervention et l'exploration des viscères, la certitude d'éviter les embûches de la voie basse par utérus volumineux, bloqué, ou bien plutôt friable, une plus grande maîtrise enfin dans une technique couramment pratiquée.

Rappelons le grand reproche qui lui est fait ; la mortalité post-opératoire.

Les résultats publiés sont les suivants :

La mortalité opératoire varie de 5 % à 10 %.

En France : J.-L. FAURE, cité par DUVAL 8 : %.

TIXIER, cité par BISCH : 8,43 %.

LECLERC : 10 % ;

TAILHEFER : 5 %.

Donc, assez nettement supérieure en moyenne à 5 % cité dans le traité de LECÈNE et LERICHE.

A l'étranger : ARCHANGUELSKI sur de nombreux cas donne 7 à 10 %. En Amérique, HURDON et CHAMBERS tablant sur de nombreux cas également, 3 à 9 %.

Moyenne totale : 7,5 %.

Pour l'appréciation des résultats éloignés nous avons choisi les deux principales statistiques publiées l'une à Paris, thèse de J. DUVAL, élève de

M. le Professeur J.-L. FAURE ; l'autre à Lyon, thèse A. BISCH, élève de M. le Professeur TIXIER.

Les observations ont été revues une à une, afin de rendre ces statistiques comparables entre elles et avec les nôtres ultérieurement rapportées.

Statistique. *Thèse J. DUVAL* (1928).
Professeur J.-L. FAURE

Année	Morts post-opérat.	Récidives	Guérisons
1917.....	2	3	2
1919.....	2	1	4
1920.....	1	1	4
1921.....	0	0	2
1922.....	1	2	6
1923.....	0	5	7
1924.....	0	2	8
1925.....	3	1	5
1926.....	0	3	3
Total	9	18	41

Guérisons remontant à 2 ans : 60 %.

Statistique. *Thèse A. BISCH* (1933).
Professeur TIXIER

Année	Morts post-opérat.	Récidives	Guérisons
1905.....	0	0	1
1906.....	0	0	1
1907.....	0	1	2
1909.....	0	0	1
1911.....	0	0	1
1912.....	0	0	1
1914.....	1	0	0
1919.....	1	1	0
1920.....	0	0	3
1921.....	0	1	1
1922.....	1	1	1
1923.....	1	1	0
1924.....	0	2	1
1925.....	0	0	3
1926.....	0	0	3
1928.....	0	0	2
1929.....	1	2	6
1930.....	0	0	2
1932.....	1	0	1
Total	6	9	30

Guérisons remontant à 2 ans environ : 66,6 %.

A côté de ces statistiques détaillées, en voici quelques-unes que nous avons relevées chez les chirurgiens français et étrangers.

Bisch.....	66,6	%
J. Quenu	66	%
Kamniker	65	%
Tailhefer	60	%
Duval	60	%
Hurdon	54	%
Archanguelski	50	%
Stoeckel.....	45,07	%
Leclerc.....	45	%

Nous remercions le Docteur TAILHEFER, chirurgien de la Fondation Curie de nous avoir communiqué ses résultats. Nous n'avons pas pu tenir compte de toutes les malades, certaines n'ayant pas été revues récemment.

Les statistiques d'ARCHANGUELSKI, STOECKEL (cliniques Doderlein, Kroning, Winckel), HURDON et CHAMBERS sont elles-mêmes des moyennes établies sur plusieurs statistiques. Les autres sont propres aux auteurs cités.

De ces chiffres on peut conclure à l'efficacité de la méthode chirurgicale, suivie de guérison dans plus de la moitié des cas. Il existe une relative concordance entre les résultats, surtout si on les compare à ceux donnés par la méthode Curiothérapique.

LA CURIETHÉRAPIE (1)

Le traitement chirurgical n'a donc sa valeur mise en doute par personne.

Il n'est pas sans reproches : mortalité opératoire non négligeable, inquiétude pour la malade, perturbations morales et matérielles dans son entourage.

Aussi, de grands espoirs avaient été fondés sur la radiumthérapie dès ses premiers résultats.

L'enthousiasme de nombre d'auteurs étrangers a été croissant.

En France, le Professeur REGAUD, le Docteur LACASSAGNE à la suite d'échecs répétés, ont conclu au peu d'efficacité des radiations sur l'épithélioma cylindrique, abandonnant à la chirurgie le néoplasme endo-utérin.

(1) Nous n'avons pas jugé utile de consacrer un chapitre à la Röntgenthérapie. Dans le Traitement du Cancer du Corps elle est, par quelques auteurs, adjointe à la Curiéthérapie, plus particulièrement pour irradier les paramètres. Pour WINDZ cependant (Strahtenthérapie 14 nov. 1931), la Röntgenthérapie seule a guéri plus de malades que le traitement Radium-Rx (24 cancers du corps ainsi guéris par les Rayons X seuls sur 35 dans ses propres statistiques).

La question est d'importance, car le traitement par les radiations est tentant : suppression des aléas opératoires, caractère presque ambulatoire, absence de mutilation, quiétude morale.

Cependant, et quoi qu'il en soit de son efficacité, il importe de noter qu'il présente et ses dangers et ses contre-indications.

WARD, se basant sur 558 épithéliomas du col et 106 épithéliomas du corps, traités au Woman's Hospital de New-York (1933) relève une proportion de complications voisine de 26,5 % avec :

Complications légères	19 %
Complications mortelles	2 %

Ces complications se répartissent ainsi :

Hémorragies	10	%
Cystites et rectites	4,5	%
Fistules vésico-vaginales.....	4	%
Fistules recto-vaginales	4	%
Pyométries	4,6	%
Accidents infectieux	2,7	%
Vomissements	1	%
Phlébites	0,54	%

En France, les accidents infectieux sont particulièrement étudiés et combattus par :

le dépistage des infections latentes ;

la désinfection utérine ;

la vaccination ;

le fractionnement des doses d'irradiation.

M. le Professeur MARQUIS estime que ces complications sont surtout le fait des traitements dirigés contre le cancer du col. Il n'a jamais observé d'acci-

dents sérieux dans les traitements des cancers du corps utérin. On peut seulement craindre la constitution d'un certain degré de sténose vaginale dans les mois qui suivent l'irradiation.

Cependant, M. le Professeur GRÉGOIRE a bien voulu nous signaler un cas mortel.

Quant aux contre-indications du traitement radium-thérapique, elles nous rappellent une opinion que déplorait fort notre maître le Docteur ROUX-BERGER et d'après laquelle tout ce qui, en matière de cancer, n'est plus du domaine de la chirurgie tombe *ipso facto* dans celui de la radiothérapie.

Cette méthode connaît des contre-indications telles que l'infection annexielle, l'infection du péri-toine pelvien ou son atteinte néoplasique. Passer outre expose à de graves dangers.

Restent à préciser les résultats éloignés de la méthode. L'opposition est formelle entre partisans et détracteurs. La voici exposée sous forme de tableaux.

Statistiques de guérisons par la Curiethérapie

	Opérables	Non opérables	Réunis
Fondation Curie (Pr. Regaud)	15 %	16 %	
Doderlein (Munich).....	66 %	8 %	
Woltz.....	58 %	11 %	
Ostroil (Vienne).....	66 %		
Healy et Cutler (Memorial Hospital)		12 %	53 %
Hurdon et Chambers (Londres)	42 à 70 %	32 %	
Busch (Danemark).....			40 %
Heymann, Forsell (Stockholm).....	60 %	25 %	
Bowing et Fricke (Clinique Mayo)		12 %	
Norsworsthy.....			40 %

L'opposition des résultats apparaît flagrante.

Elle n'est d'ailleurs pas aussi absolue entre Français et Etrangers. C'est ainsi qu'en France :

	Opérables	Inopérables	Réunis
Cahen et Delporte		45 %	
Et inversement en Allemagne :			
Haupt.....			29 %
Eymer		0 %	30 %

Des statistiques plus récentes de EYMER donnent quelques cas de guérison de cancers inopérables.

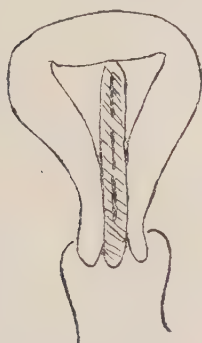
De tous ces chiffres on peut induire que l'épithélioma cylindrique n'est peut-être pas aussi résistant aux radiations qu'on le soutient. Encore qu'au IV^e Congrès international de radiologie à Zurich, SOLOMON et GIBERT soient encore venus donner des preuves de l'inefficacité des radiations, dans le néoplasme cylindrique du corps de l'utérus.

M. le Professeur MARQUIS, dont la pratique systématique de l'irradiation pré-opératoire permet seule d'apprécier l'effet du radium, a plusieurs fois constaté, et nous a montré sur les pièces conservées, la persistance dans la cavité utérine (en général dans une corne) de bourgeons cancéreux silencieusement évolutifs, gros argument contre l'emploi exclusif de la Curiethérapie.

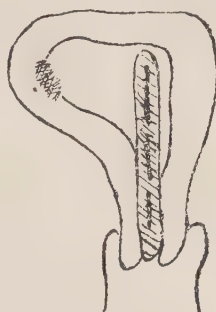
Comment expliquer ces divergences ?

1) Par des différences dans l'intensité du traitement ?

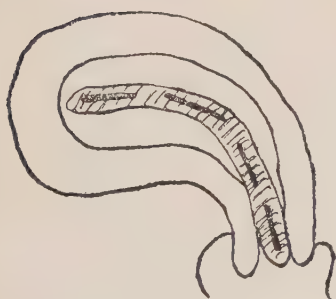
L'INÉGALE RÉPARTITION DE L'IRRADIATION
PAR LES DISPOSITIFS HABITUELS
COMME CAUSES D'ÉCHECS DE LA CURIETHÉRAPIE
 (HELD: *Gynécologie et Obstétrique*, 3 septembre 1934, p. 251.)



Optimum d'irradiation.



Néo, dans un récessus de la corne étroite, mal irradié.

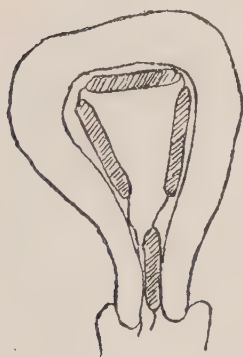


Optimum d'irradiation
sur un utérus en retro-flexion.

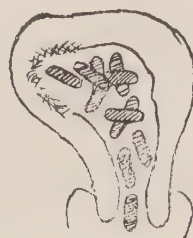


Néo, mal irradié
de la face postérieure.

LES MÉTHODES PRÉCONISÉES



Eymér-Diétel
(applic. difficile).



Heymann-Held. — Schéma
radiographique du « tamponnement
irradiant » dans un utérus
asymétrique.

Les doses appliquées sont comparables, oscillant autour de 50 milli-curies détruits, soit environ 7.000 milligrammes-heures (1.000 milligrammes = 7,5 mcd). La filtration est la même.

2) Par des différences dans la répartition de la dose totale ?

En France la dose totale est en général appliquée en une seule fois. A l'étranger, elle est plus souvent répartie en plusieurs applications espacées de une à trois semaines. Il est possible que ce fait ait une certaine influence.

3) Par des différences dans la technique d'application ?

HEYMANN (en Suède), EYMER, DIETEL, DODERLEIN (Allemagne), HELD (Suisse), suivis par les Français HAMANT et VICHARD estiment que les techniques d'application avec tubes enfermés dans une enveloppe formant crayon unique et rigide, exposent si la cavité est irrégulière, rétro- ou latéro-versée, à une mauvaise répartition de l'irradiation. La tumeur pouvant n'être qu'imparfaitement touchée.

Pour obvier à cet inconvénient, ils utilisent des techniques spéciales avec foyers multipliés et divisés au maximum. Les Allemands, des dispositifs permettant une application des tubes radifères, en triangle, en trident. HEYMANN, HELD, placent les tubes en chapelet dans une bande de gaze, appliquée à la manière d'un tamponnement. Des foyers vaginaux sont adjoints aux foyers utérins.

M. le Professeur MARQUIS estime que cette tech-

nique serait peut-être susceptible d'éviter un fait déjà signalé : la persistance d'un fragment de tumeur excentriquement située sur lesquelles les radiations n'ont eu aucun effet.

Mais il ne semble pas, jusqu'à preuve du contraire, que ces modalités, si intéressantes qu'elles soient, puissent expliquer les résultats contradictoires obtenus par les divers auteurs.

La cause doit donc en être recherchée ailleurs.

LES CAUSES POSSIBLES DE L'OPPOSITION DES STATISTIQUES

Nous souvenant de la nécessité de bases communes dans l'interprétation des statistiques, il importe de rechercher si cette condition se trouve bien réalisée en présence de telles divergences, incomplètement expliquées croyons-nous, par des différences dans les traitements appliqués. Nous inclinons à penser que ces bases communes font défaut, et même à être étonnés de la relative concordance notée précédemment dans les résultats de la méthode chirurgicale.

Et en effet, ni sur la fréquence du cancer utérin, ni sur son diagnostic et donc sur l'indication thérapeutique, ni très probablement sur l'interprétation histologique, l'entente n'existe.

Au cours des lignes qui suivent seront envisagées successivement :

- la fréquence du cancer du corps utérin ;
- les conditions de son diagnostic.

La fréquence du cancer du corps utérin Métrorragies et cancer

La fréquence du cancer du corps comparée à celle du col serait classiquement dans la proportion de 1 à 5 ; proportion approximativement atteinte à la clinique privée de M. le Professeur MARQUIS à Rennes. Dans les classes pauvres, les campagnes, ce chiffre n'est pas atteint ; à l'Hospice-Hôpital de Pont-Chaillou, fréquenté par des malades de condition modeste, le chiffre est nettement moins important. Le néoplasme du corps utérin reste donc souvent méconnu. ¶

L'âge d'élection est compris entre 45 et 60 ans. Rare avant, peu fréquent pendant la ménopause, le cancer du corps utérin est un cancer de la femme ménopausée : sur ce point aucune discussion.

Le problème essentiel lié à la fréquence du cancer apparaît être le suivant : étant admis que la métrorragie constitue le principal symptôme de l'épithélioma endo-utérin chez la femme ménopausée, *dans quel rapport se trouve le nombre des cancers et celui des métrorragies ?*

De la réponse à cette question dépendra déjà l'indication opératoire.

Classiquement, 90 % ; chiffre considérable adopté par TIXIER et POLLOSSON, dépassé par M. le Professeur J.-L. FAURE (95 %), voisin de 85 % donné par PAUCHET.

« Et l'on peut poser, écrit M. le Professeur J.-L. FAURE, que lorsqu'une femme qui n'a plus ses règles voit apparaître de façon continue des écoulements de sang ou de liquide plus ou moins septique ou sanguinolent, il y a neuf chances sur dix, si elle n'a rien au col, pour que ces écoulements anormaux soient dus à un cancer du corps. »

A. BISCH, exprimant l'opinion du Professeur TIXIER « ...une tendance se dessine actuellement à le reconnaître comme une cause unique de ces hémorragies ».

Voici donc des avis formels. Métrorragie tend à s'identifier avec cancer, d'où hystérectomie quasi-systématique.

Une autre tendance, tout aussi actuelle oriente très différemment. Avant d'aborder des statistiques, précisons bien, là encore, quels cas on doit y faire rentrer. Si l'on veut apprécier utilement le nombre des cancers par rapport à celui des métrorragies, il ne faut pas compter toutes les métrorragies, mais seulement celles d'entre elles dont la cause n'est pas cliniquement évidente : hémorragies endo-utérines monosymptomatiques cryptogénétiques.

Les lésions du col, visibles, celles du corps lorsqu'elles sont reconnaissables, telles que gros fi-

brome, prolapsus, doivent être écartées de cette numération.

Notre maître M. J. QUÉNU et notre ami BUTAUD à Paris, LECLERC à Lyon, ont récemment repris cette étude, donnant des statistiques détaillées qu'ils rapprochent de celles déjà publiées par TIETZE et MAYER (clinique SCHROEDER de Kiel), MURET de Lausanne (statistique épurée), DUCUING de Toulouse, NEUMANN et SCHAUTA de Vienne.

Le Docteur Cl. BÉCLÈRE a bien voulu nous permettre d'ajouter sa statistique personnelle. Toutes se basent sur des examens histologiques.

Cancers du corps de l'utérus et lésions bénignes après la ménopause

	Nombre d'observa- tions	Affections bénignes	Cancers	Pourcentage de cancers
Ducuing	63	20	40	66,66 %
Tourneux.....	43	15	28	65,11 %
Quénu, Butaud .	23	10	13	56,52 %
F. Leclerc	98	43	55	56 %
Claude Béclère ..	26	15	11	42 %
Rosenstein ...	816	535	281	34,4 %
Neumann.....	46	28	18	39,13 %
Muret	91	49	42	46,14 %
Tietze, Mayer ...	140			66,64 %
Moyenne d'ensemble				52,51 %

On voit donc que d'après ces auteurs la proportion est de 1 cas de cancer pour 2 cas de métrorragie et non plus de 9 cas sur 10. Si l'on met à part les résultats

de Mme F. ROSENSTEIN qui sont un peu spéciaux puisqu'ils portent uniquement sur des causes utérines, le pourcentage de cancers est de 54,7 %.

Comment se prononcer devant une telle opposition ?

Jusqu'à preuve du contraire, il semble que l'on doive faire confiance aux statistiques à faible proportion de cancer (50 %), car, seules, elles sont données détaillées avec la nature et le nombre de toutes les affections rencontrées.

Voici à titre d'exemple l'une d'elles donnée par F. LECLERC (Lyon) dans sa thèse sur le « Diagnostic du cancer du corps utérin » (1934).

Tumeurs malignes.....	55
Tumeurs bénignes.....	43
Soit : Métrite hyperplasique	30
Métrite infectieuse	7
Polype fibreux.....	3
Kyste de l'ovaire.....	1
Utérus scléreux	1
Muqueuse normale.....	1
Cas douteux.....	1

Or, admettre qu'une moitié seulement des femmes présentant les métrorragies post-climatériques, est atteinte de cancer du corps utérin fait accorder aux symptômes qui permettent de le dépister une extrême valeur.

Même si l'on considère la proportion de 90 %, il paraît encore très intéressant d'éviter dix hystérectomies inutiles.

Ainsi donc se pose l'importance question du diagnostic des métrorragies chez la femme après la ménopause.

DIAGNOSTIC DU CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS CHEZ LA FEMME MÉNOPAUSÉE

Diagnostic clinique

Au problème du diagnostic du corps de l'utérus chez la femme après la ménopause, la clinique apporte des renseignements intéressants ; il importe de préciser jusqu'à quel point on peut lui faire crédit.

Les métrorragies restent le grand symptôme. Elles y revêtent des caractères particuliers :

— apparaissant entre 45 et 65 ans, électivement entre 48 et 60 ans.

- elles sont *continues* caractère essentiel ;
 - spontanées ;
 - rebelles aux médications habituelles ;
 - non calmées par le repos.

Aux métrorragies se joignent : l'hydrorrhée, la leucorrhée, muco-purulente ou roussâtre, fétide dans certains cas (mais non précocement, caractère sur lequel on a insisté (?)).

Les douleurs achèveraient cette triade. Elles

existeraient assez fréquemment. En fait, leur importance est minime pour le diagnostic.

Au toucher, l'utérus est augmenté de volume, de consistance « figue fraîche ».

Examen par ailleurs négatif tant au point de vue local que général.

La symptomatologie, de l'avis d'un certain nombre d'auteurs, serait suffisamment nette pour faire éliminer tout autre cause.

La multiplicité de ces causes sinon leur importance est admise par tous. Leur discrémiation s'identifie pratiquement avec le *diagnostic des métrorragies*.

DIAGNOSTIC DES MÉTRORRAGIES CHEZ LA FEMME MÉNOPAUSÉE

Certaines causes sont facilement décelables :

- affections du col, telles que néoplasme, polype ;
- grosse tumeur ovarienne ;
- prolapsus génitaux.

D'autres médicales : sont nombreuses mais rarement rencontrées :

- hémorragies des cardiaques
- » des hypertendues ;
- » des hépatiques ;
- » des affections sanguines.

La coexistence d'autres accidents aide à reconnaître leur nature. Ce sont des hémorragies de sang rouge cédant au traitement causal.

Il faut y rattacher la syphillis utérine, rareté en

général méconnue (3 fois sur 321 examens histologiques pratiqués par le Dr FAVRE). Les troubles physiologiques d'origine ovarienne par ponte ovulaire retardée revêtent une certaine périodicité ou du moins intermittence, s'accompagnant de bouffées de chaleur.

Les causes chirurgicales sont plus importantes.

Outre le cancer du corps et le cancer intra-isthmique :

Les métrites : terme générique qui englobe les reliquats de métrites anciennes infectieuses et surtout les pseudo-métrites hyperplasiques. Elles sont pour BUTAUD presque aussi fréquentes que le cancer.

Les métrorragies y sont classiquement :

insignifiantes ;

intermittentes ;

améliorées par le repos et le traitement.

La leucorrhée abondante et odorante de façon souvent précoce.

Le petit fibrome sous-muqueux : hémorragies de sang rouge abondantes et intermittentes.

Le polype intra-utérin : dont la similitude clinique avec le cancer est reconnue de tous.

La salpingite : plus douloureuse, spontanément et au toucher.

Les tumeurs ovariennes : bénignes ou malignes, de petit volume, difficiles à sentir. MOULONGUET et DOLÉRIS ont prouvé qu'elles déclanchaient une véritable réactivation utérine avec hémorragies plus ou moins rythmées, de sang rouge.

Une autre cause très rare : *la tuberculose utérine.*

Mais si tous les caractères différentiels donnés ont une valeur, surtout en ce qui concerne les métrorragies continues du cancer utérin, cette valeur n'est pas absolue :

Il est des cancers utérins :

— sans modifications utérine ou avec petit utérus dur ;

— l'hydrorrhée est très variable ;

— les métrorragies, elles-même, si réels que soient les caractères qu'on leur prête présentent des modalités peu typiques ou tardivement reconnaissables. Leur absence, exceptionnelle, a été notée.

Il est des cancers utérins coexistant avec une autre affection générale ou locale : telle que le polype muqueux du col. On a insisté sur cette coexistence source de graves erreurs de diagnostic.

Les caractères attribués sont schématiques et laissent place au doute.

Enfin, toute métrorragie, quel qu'en soit le motif simule de très près le cancer quand s'y joint l'infection.

En présence de ces difficultés, si l'on admet l'extrême fréquence du cancer, l'examen se bornant à la seule clinique, il est logique de conclure avec J. DUVAL : « une hystérectomie systématique est souvent préférable ». Mais elle ne l'est pas encore toujours.

Dans le cas contraire, c'est aux examens complémentaires qu'une certitude plus grande devra être demandée.

Les examens complémentaires

L'HYSTÉROMÈTRE : renseigne sur les modifications de la cavité utérine ;

— provoque un saignement facile et abondant, mais donne tout au plus une suspicion.

L'HYSTÉROSCOPIE : est trop peu connue en France pour être appréciée.

L'HYSTÉRO-SALPINGO-GRAPHIE : après injection de lipiodol dans la cavité utérine, préconisée dès 1925 par M. le Professeur GRÉGOIRE, les Docteurs BÉCLÈRE et DARBOIS, précisée depuis dans sa technique et ses applications, donne de beaux clichés avec image lacunaire, aspect déchiqueté des contours de la cavité utérine à l'endroit du néoplasme. Cette méthode, dont l'expérience a prouvé l'inanité des craintes formulées à son égard quand les précautions indispensables sont prises, permet d'affirmer une lésion, d'en situer le siège, de présumer même de sa nature maligne. Il ne faut pas, et ses promoteurs y insistent, lui demander d'en préciser la nature de façon formelle.

Reste un moyen de préciser la nature exacte de la lésion et de poser l'indication thérapeutique, celui qui *a priori* s'impose : le prélèvement de fragments du tissu suspect, le curettage suivi d'examen histologique.

Le curettage

Depuis 1890, aucun accord à son sujet. La méthode a connu de fervents partisans et des détracteurs non

moins ardents. La seule lecture des titres intéressant cette question, est instructive à cet égard.

De l'avis même de ceux qui en rejettent l'emploi, le curettage serait une méthode très intéressante si elle ne présentait de graves inconvénients.

On lui reproche d'être :

inutile ;

dangereux ;

infidèle ;

trompeur.

Notre maître, le Docteur Jean QUÉNU et nos collègues BUTAUD et PICARD, F. LECLERC défendant les idées des Professeurs BÉRARD de Lyon et G. LECLERC de Dijon, ont dans ces deux dernières années analysé ces objections dans le but de les réfuter.

LE CURETTAGE SERAIT INUTILE ?

Oui, si ne lui accordant aucune confiance, on ne tient aucun compte de ses résultats.

Peut-être encore si l'on admet que 90 % des métrorragies post-climatériques monosymptomatiques sont dues au cancer.

Inutile, si le diagnostic est considéré comme possible cliniquement.

Mais non plus dans le cas où la proportion admise de cancers est bien moindre et dans le cas où les résultats obtenus influent grandement sur l'indication thérapeutique.

LE CURETTAGE SERAIT DANGEREUX ?

a) *Parce qu'il nécessite une double intervention ?*

La malade acceptera toujours volontiers cette double intervention quand elle en connaîtra les motifs, ou plutôt comme la malade peut ignorer ce dont il s'agit exactement ceux qui l'entourent comprendront l'intérêt d'un examen préliminaire à une intervention importante et la conseilleront dans ce sens. Le seul risque réside dans la double anesthésie : le Professeur LECLERC s'en passe si une complication est à craindre. Une réponse négative présente le grand intérêt d'éviter, à ce point de vue, une anesthésie de longue durée.

b) *Parce qu'il exposerait à l'essaimage du cancer ?*

Risque faible dans le néoplasme utérin qui n'a pas la haute susceptibilité d'un cancer du sein. Les observations relevées par BUTAUD lui semblent bien peu démonstratives.

c) *Parce qu'il retarderait l'intervention ?*

Si l'examen est positif, le retard est bien minime et dans les cas cliniquement douteux, il abrège au contraire la période d'observation.

Notons que l'examen extemporané des débris retirés expose à des mécomptes. Trop hâtif, il n'est pas conseillé.

d) *Parce qu'il présenterait des dangers d'infection ?*

Ces dangers réels sont extrêmement réduits si les contre-indications ont été soigneusement dépistées.

e). *Parce qu'il pourrait être cause de perforation ?*

Les observations en sont rares. BUTAUD en cite quatre. Nous avons eu fortuitement connaissance d'une cinquième. Dans deux cas seulement des suites funestes lui sont peut-être imputables.

Pour que le sort de la malade en soit compromis, il faut, dit le Docteur J. QUÉNU, « qu'il y ait à la fois, perforation, méconnaissance de la perforation, coexistence d'un cancer utérin ». La règle des probabilités permet d'induire la rareté de cette coïncidence.

LE CURETTAGE SERAIT INFIDÈLE

a) Parce que les débris retirés sont insuffisants pour donner matière à un examen histologique satisfaisant.

b). Parce que la curette peut passer à côté de la lésion.

Les arguments opposés à ces objections seront envisagés avec ceux qui s'adressent au dernier reproche adressé au curettage :

Le curettage serait trompeur ?

La réponse à cette objection pourrait conduire à des considérations anatomo-pathologiques dont la difficulté nous dépasse. Il semble surtout important d'envisager les faits à un point de vue pratique.

Dans certains cas le diagnostic histologique est facile :

Éventualité la plus fréquente pour MM. LECÈNE,

MOULONGUET, J. QUÉNU, NOVAK : Cancer glandulaire typique ;

— Tubes multipliés, ramifiés, creusés de cavités, épaissis, à la lumière excentrique.

— Cellules cylindriques en plusieurs couches parfois très déformées, segmentations inégales, karyokinèses anormales ;

— Basale effondrée ;

— stroma conjonctif très raréfié ;

— myomètre infiltré par les glandes encore que sur des produits de râclage ce caractère soit souvent impossible à préciser.

Parfois (F. LECLERC : 9 cas sur 72) : épithélioma pavimenteux. Renseignement susceptible d'orienter différemment la thérapeutique.

Dans d'autres cas le diagnostic histologique est difficile.

MM. MOULONGUET et CASNE ont mis en relief l'intérêt de ces cas, peu fréquents, intermédiaires entre les hyperplasies et le cancer utérin.

Ils insistent sur l'indice de malignité des proliférations arborescentes, l'extrême raréfaction du stroma conjonctif, les cellules petites à protoplasme indifférencié.

D'autre part, le fait que l'examen est pratiqué, non pas sur des coupes intéressant toute l'épaisseur de la paroi utérine, mais seulement sur des débris tissulaires, ne permet pas d'observer facilement, dans certains cas les modifications architecturales. Et de

ces difficultés on conclut à la non-valeur d'un examen niant le cancer.

« Mais qu'importe, écrit notre maître M. J. QUÉNU, qu'une curette puisse passer à côté d'un cancer si la pratique nous montre qu'elle n'y passe pas.

Qu'un examen négatif n'ait pas de valeur en théorie, que nous importe, s'il n'arrive rien de fâcheux à nos malades. »

Or, l'impossibilité de tirer des conclusions s'avère rare :

LECLERC donne 10 cas sur 321.

M^{me} ROSENSTEIN, 2,3 %.

M. J. QUÉNU, pas un seul sur 63 examens et MÉRIEL, sur 88.

Seul, DUCUING cite 55 utiles contre 25 douteux.

Et la justesse du pronostic bénin s'est vérifié par la suite sur toutes les malades suivies par Docteur J. QUÉNU (47 lésions bénignes), F. LECLER (33). MURET de Lausanne, TOURNEUX de Toulouse, ROSENSTEIN de Strasbourg.

Dans les statistiques de Strasbourg portant sur des centaines de cas, une erreur s'est glissée, rectifiée quelques semaines après à l'occasion d'un second examen.

« Dans le service de notre Père, écrit F. LECLERC, dans une première période on ne pratiquait pas la biopsie, suivant les idées en cours. A la suite d'une série d'erreurs, le curettage devint la règle. Trente-trois examens, trente-trois sans erreur. »

Il faut au sujet de cette discussion sur les argu-

ments opposés au curettage insister sur les avantages de la méthode de traitement mixte, Curiéthérapie-chirurgie que nous préconiserons ultérieurement et l'intérêt de la technique systématiquement adoptée par M. le Professeur MARQUIS :

Un curettage est donc pratiqué chez la femme présentant des métrorragies suspectes. Les tubes de radium sont immédiatement mis en place. Deux éventualités sont possibles :

1^{re} Éventualité.

Des débris ont été retirés et envoyés au laboratoire qui a répondu : métrite certaine.

Les tubes sont laissés jusqu'à destruction de 40 mcd environ. On sait en effet que la radiumthérapie reste le moyen le plus efficace de combattre ces métrites très rebelles à tout autre traitement.

2^e Éventualité.

Le laboratoire affirme cancer.

Nous avons déjà insisté sur ce fait que le radium malgré une action non absolue, arrête néanmoins l'évolution du néoplasme ainsi que l'hystérectomie secondairement pratiquée a pu le prouver, et ainsi qu'en témoignent les améliorations signalées dans toutes les observations.

Le néoplasme a été immédiatement combattu. Aucune perte de temps.

Les dangers d'essaimage et de greffe vaginale sont encore réduits dans leur probabilité. De même, les

dangers d'infection, par l'action indirectement aseptisante du radium. Le curettage pour conserver tous ses avantages, doit être pratiqué dans des conditions optima :

- recherche des contre-indications ;
 - masse annexielle ;
 - fibrome déformant la cavité ;
 - grandes difficultés opératoires.
- Intervention sous-anesthésie.

(L'hystéro-salpingo-graphie apparaît extrêmement intéressante pour guider la curette vers le point suspect, ou révéler une déformation de la cavité utérine.)

M. le Professeur MARQUIS insiste dans son exploration là où, tant par l'impression tactile, que par le caractère des fragments retirés, la lésion paraît siéger.

Le Docteur J. QUÉNU recommande un curettage méthodiquement total.

Et si aucun débris n'est retiré ?

M. J. QUÉNU estime que le diagnostic de cancer peut être pratiquement rejeté. Cependant, les cas douteux imposent une surveillance rigoureuse, l'intervention reste défendable.

De cet exposé nous concluons à l'intérêt du curettage, seul capable d'apporter une preuve histologique, c'est-à-dire à peu près certaine, et de poser formellement l'indication opératoire. Etant entendu que, dans les cas typiques, les renseignements cliniques peuvent être suffisants, et le doute subsistant, prévaloir.

LE CANCER DU CORPS PENDANT ET AVANT LA MÉNOPAUSE (1)

Du cancer du corps de l'utérus, pendant la ménopause, nous ne rappellerons que les deux principaux traits : sa relative fréquence et le grand danger qu'il court d'être méconnu.

Les statistiques des Docteurs J. QUÉNU et Cl. BÉCLÈRE lui attribuent, respectivement, une fréquence de 8 et 10 % parmi le grand nombre de causes des métrorragies monosymptomatiques rencontrées à cette période de la vie génitale. Ce pourcentage joint à la gravité du cancer doit attirer de façon toute spéciale l'attention sur son diagnostic.

La nature presque normale attribuée à ces pertes de sang par nombre de femmes et même par leur médecin, la difficulté de leur reconnaître des caractères particuliers en rapport avec leur étiologie, concourent à faire passer inaperçue la lésion maligne.

L'hystéro-salpingographie qui affirme la lésion

(1) Consulter à ce sujet les travaux des Docteurs J. QUÉNU, Claude BÉCLÈRE et PICARD.

utérine, le curettage guidé par l'image radiographique et suivi d'examen histologique, trouvent ici une indication plus nette encore que dans la période post-ménopausique.

Une collaboration étroite entre le laboratoire et la clinique facilitent les interprétations histologiques parfois très délicates lors de la ménopause.

Avant la ménopause, le cancer endo-utérin revêt une éventualité d'autant plus exceptionnelle que la malade est plus jeune. Entre 30 et 40 ans les statistiques classiques tombent d'accord sur les chiffres de 1 à 2 % sur le total des cas observés. D'après le Docteur MOULONGUET (1934), sa fréquence serait en réalité plus considérable. Nous en rapportons plusieurs observations dont une chez une jeune femme de 21 ans.

Constataction opératoire ou histologique inattendue et grave de conséquences.

DIAGNOSTIC ET STATISTIQUES

Les divergences d'opinions, antérieurement notées peuvent donc, semble-t-il, être invoquées pour expliquer la difficulté d'établir des statistiques de guérison reposant sur des bases communes et donc seules comparables.

Recherchant les principaux motifs de désaccord, nous en avons trouvé deux essentiels. Peut-on espérer les voir disparaître par l'étude plus fouillée de la question ?

Le premier touche à la fréquence du cancer et à son diagnostic. Il aboutit à une opposition formelle centrée sur la question du curettage, qui en fait, n'est peut-être pas aussi absolue au point de vue pratique qu'au point de vue théorique, puisque les statistiques chirurgicales de guérisons sont relativement voisines.

Deuxième motif de désaccord : l'efficacité du traitement curie-thérapique.

Il semble que sur cette question l'entente paraisse moins impossible. Nous avons déjà envisagé la

question technique d'application qui ne paraît pas devoir tout expliquer. Reste la question histologique :

Américains, Suédois, Allemands, Français ne partagent probablement pas la même opinion sur les tests de malignité.

Voici un certain nombre d'arguments qui plaident en ce sens :

Les Américains classent les cancers endo-utérins au quatre catégories numérotées de I à IV, à malignité croissante. La catégorie I, qualifiée adénome papillaire, semble de voir être interprétée comme une simple métrite hyperplasique. Elle guérit dans cent pour cent des cas par le radium, et même par simple curettage dans certaines observations.

En Allemagne, DRIESSEN déclare arrêter l'évolution de la tumeur par simple cautérisation au chlorure de zinc.

Les histologistes considèrent l'existence de plasmocytes comme pathognomonique du cancer.

L'âge moyen des malades est au-dessous de l'âge électif dans nombre de statistiques.

Autre présomption : l'efficacité du traitement par les radiations n'est pas acceptée sans réserves par tous les Etrangers :

HAUPT, donne un chiffre de guérisons de 29 % seulement, déjà bien inférieur à celui de DODERLEIN.

EYMER cite des statistiques où la guérison de cas inopérables a été ou faible ou nulle.

KAMNIKER, estime que tous les néoplasmes du corps, opérables, doivent être opérés.

Le Suédois HEYMANN, à la suite des discussions du IV^e Congrès de radiologie de Zurich, frappé par les opinions concordantes de M. le Professeur REGAUD, des Docteurs LACASSAGNE, SOLOMON et GIBERT, a décidé de reviser ses coupes et ses statistiques.

Enfin, les résultats sont très différents à l'Etranger entre cas opérables et inopérables ; à la Fondation Curie sensiblement les mêmes. Pourquoi une telle différence si les affections du premier groupe sont vraiment des affections malignes ?

Pour toutes ces raisons sur lesquelles le Docteur Claude BÉCLÈRE a, dès 1932, attiré l'attention et qu'il a bien voulu préciser à notre intention, une entente paraît actuellement difficile, mais peut être prévue le jour où les bases histologiques seront communes.

Une dernière question se pose : l'interprétation de certaines métastases.

En effet, si l'apparition d'une récurrence, d'une métastase, doit être considérée en règle générale comme un échec, il est des cas où leur curabilité apparaît si facile qu'on peut hésiter à les considérer comme telles.

Nous en avons retrouvé trois dans les observations qui nous ont été communiquées. Une métastase péronière chez une malade du Docteur TAILHEFER ; une métastase humérale et une autre vaginale chez deux malades de M. le Professeur MARQUIS.

Elles ont cédé de façon, semble-t-il, définitive à la radiothérapie. Nous les considérerons comme des guérisons lorsque le recul dans le temps est suffisant,

La sensibilité de ces métastases aux radiations ne s'accorde pas avec les caractères attribués aux épithéliomas cylindriques ; leur petit nombre empêche de considérer ces cas comme une règle, mais elle prouve que la radio-résistance des épithéliomas cylindriques n'est pas absolue.

LE TRAITEMENT DU CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

L'HYSTÉRECTOMIE NÉCESSAIRE

Reste, en s'appuyant toujours sur les faits qui paraissent les plus probables, à discuter la méthode actuellement la plus sûre dans la lutte contre le cancer du corps de l'utérus.

La quasi unanimité des chirurgiens français s'accordant sur la nécessité d'un traitement chirurgical, le doute qui subsiste sur la nature maligne des affections guéries par le radium, semblent bien jusqu'à nouvel ordre imposer l'hystérectomie, indispensable dans tous les cas où elle est possible. Nul ne songe à nier son efficacité. Les partisans de la Curiéthérapie déclarent seulement leurs résultats comparables et leur méthode dénuée des ennuis inhérents à l'acte opératoire.

L'hystérectomie abdominale emporte la majorité des suffrages. Le Wertheim apparaît comme presque toujours inutile, le cancer étant limité à l'utérus.

Des considérations de facilité opératoire, de moindre shock incitent à pratiquer parfois une hystérectomie abdominale sub-totale ou une hystérectomie vaginale.

La Curiethérapie, associée ou non à la Roentgenthérapie doit être réservée aux seuls cancers inopérables. Ses résultats, sans être très satisfaisants ne paraissent pas sans intérêt. Des perfectionnements dans la technique d'application des tubes de radium seraient susceptibles de les améliorer encore.

Si le doute persiste sur l'emploi du radium seul, n'y aurait-il cependant aucun intérêt à l'associer au traitement chirurgical ? En matière de cancer, deux précautions valent mieux qu'une.

DE L'ASSOCIATION DE LA CURIETHÉRAPIE AU TRAITEMENT CHIRURGICAL

A cette association de la Curiethérapie au traitement chirurgical on oppose des objections :

LA RADIOTHÉRAPIE SERAIT INUTILE ?

Car l'épithélioma cylindrique est peu radio-sensible.

— Il importe de noter que si les radiations n'entraînent pas une guérison définitive, elles apportent une amélioration transitoire certaine, confirmée dans un très grand nombre d'observations. Elle correspond localement à un arrêt dans l'évolution de la tumeur partiellement transformée en un tissu fibreux cicatriciel.

De cette amélioration, il est très intéressant de profiter, et nous y insisterons ultérieurement, pour modifier les conditions opératoires.

Si le traitement chirurgical est doué d'une efficacité certaine, il semble tout de même ne pas dépasser un

taux de guérison supérieur à 60, 65 % dans les meilleures statistiques. Les échecs sont assez nombreux pour s'efforcer de perfectionner les méthodes thérapeutiques.

LE RADIUM POURRAIT COMPLIQUER L'INTERVENTION ?

M. le Professeur MARQUIS a toujours appliqué la Curiethérapie pré-opératoire et n'a jamais été frappé par des difficultés particulières dues à des adhérences.

Il est des cas difficiles avec ou sans irradiation pré-opératoire, ainsi qu'en témoignent les protocoles d'interventions des différents chirurgiens.

LA POSE DES TUBES DE RADIUM NÉCESSITE DES MANŒUVRES ENDO-UTÉRINES SUPPLÉMENTAIRES ET EXPOSERAIT A DES COMPLICATIONS ?

Ces complications, rares, sont exceptionnellement graves. Il semble que l'on doive surtout redouter dans quelques cas, un certain degré de sténose vaginale.

La curiethérapie pré-opératoire présente par contre des avantages importants

Appliquée immédiatement après le curettage, *elle diminue certains risques imputés au curettage, tels que :*

- la perte de temps apportée au traitement ;
- la possibilité de greffes cancéreuses.;

la possibilité de poussée évolutive ;
la possibilité d'infection (ceci de façon indirecte) ;
risques faibles, mais que redoutent néanmoins certains chirurgiens.

Si le laboratoire répond, métrite :

La Curiethérapie constitue un excellent traitement, radical, si rebelle que soit la métrite.

— Si le néoplasme est confirmé, elle permet de pratiquer l'intervention, six semaines plus tard, dans des conditions particulièrement favorables :

la vitalité des cellules néoplasiques est, ou nulle ou très ralentie ;

mais l'avantage le plus marqué réside dans la stérilisation et l'assèchement de la cavité utérine :

— les radiations γ n'ont pas, sans doute, d'action bien nette sur la flore microbienne, contrairement aux radiations α et β malheureusement nécrotiques. La désinfection est réalisée indirectement, de façon très efficace, par la destruction des bourgeons cancéreux, origine de débris sphacéliques, terrain d'élection pour la pullulation microbienne. L'hystérectomie est ainsi pratiquée dans les mêmes conditions que sur un utérus sain.

— L'hystérectomie sur un utérus qui saigne expose tout particulièrement aux phlébites et aux accidents emboliques, relevant eux-mêmes fort probablement d'une infection latente. C'est l'impression de M. le Professeur MARQUIS basée sur un grand nombre d'interventions importantes sur l'utérus, quelle qu'en soit la cause. Le radium pré-opératoire assèche la

cavité utérine, supprime tout saignement et l'infection sournoise qu'elle entretient.

Conséquence de cette amélioration locale :

un relèvement de l'état général de la femme primitivement affaiblie, anémiée, inquiétée par des pertes continues.

D'où réduction de la mortalité post-opératoire. Nous n'en notons aucune dans toutes les observations que nous rapportons.

Rappelons, en outre, que la méthode a pu permettre de constater l'inefficacité partielle de la Curiethérapie, apportant ainsi un gros argument contre l'usage exclusif de ce traitement.

LES OPINIONS DÉJÀ ÉMISES SUR LE TRAITEMENT CURIETHÉRAPIE-CHIRURGIE PRÉCONISÉ

Cette association des deux traitements Curiéthérapie et chirurgie a déjà été pratiquée et des résultats publiés. Il importe de noter, que dans certains cas, ce double traitement, n'a pas été méthodiquement voulu et conduit. L'échec de la radiumthérapie est venue imposer une hystérectomie trop tardive.

Voici, dans l'ordre chronologique, des travaux se rapportant à la méthode de traitement mixte de l'épithélioma du corps de l'utérus :

— M^{lle} TODOROFF (Thèse 1917), élève de Pozzi, recommande le drainage radio-actif après hystérectomie pour néoplasme du col et du corps. Cette technique post-opératoire a connu quelques défenseurs, mais semble aujourd'hui très peu utilisée.

— CAHEN et DELPORTE, en 1927, écrivent : « On évitera des accidents septiques et des greffes cancéreuses par la Curiéthérapie préopératoire, six semaines avant l'intervention. » Ces auteurs considèrent

d'ailleurs que le dogme de la radium-résistance des cancers n'est peut-être pas absolument justifié.

— POLAK (1928) associe l'irradiation pré-et post-opératoire.

— J. DUVAL, dans sa Thèse (1928), donne dix observations avec sept récidives. Mais dans la plupart des cas, lors de la Curiéthérapie, le néoplasme était méconnu, les accidents traités comme une métrite. Aucune entente entre le radio-thérapeute et le chirurgien. Hystérectomie trop longtemps après l'irradiation.

— MORAN, dans un article intitulé : « Adéno-carcinome de l'utérus ; la place de la radiothérapie dans son traitement », conclut en 1930 exactement dans notre sens :

« I. — Bien que la chirurgie soit le traitement du cancer de l'utérus dans les cas opérables, les radiations ont leur place dans le traitement des malades pour lesquelles l'opération comporterait trop de risques.

II. — Quand le traitement doit être chirurgical, la radiumthérapie préliminaire environ quatre à six semaines avant l'intervention diminuerait probablement les risques d'infection et de greffe de cancer.

III. — L'irradiation post-opératoire, dans le cancer du corps, n'est pas utile, car il ne semble pas qu'une dose suffisante puisse être appliquée après ablation de l'utérus. »

Il ajoute, et ceci lui est particulier, « la meilleure technique est celle où l'application du radium est suivie d'irradiation aux rayons X pénétrants. »

— NORSWORTHY (1930) se prononce contre l'association qui, selon lui, abaisse la proportion de guérison de 40 % obtenue par le radium seul à 33 %.

— HEALY et CUTLER (Memorial Hospital 1930) : pour les cas II, III, IV, de leur nomenclature à malignité croissante, ont adopté le traitement mixte. Leur pourcentage de guérisons serait voisin de 60 %.

— BOWING et FRICKE (Clinique Mayo, 1931) :
72 % de guérisons pour les cas pris au début ;
31 % : chiffre global.

Technique mixte également adoptée.

Le Docteur LACASSAGNE, dans un article du « Monde Médical » de 1932 signale en quelques mots l'intérêt de la méthode.

— MAYER (1933) estime que la mortalité opératoire est abaissée de 10 à 4 % par l'irradiation préopératoire.

— KAMNIKER (1934) :

tous les cas opérables doivent être opérés ;
les deux traitements associés.

Le chiffre de guérisons est ainsi de 84 % au lieu de 65 % obtenu par la seule hystérectomie.

L'ensemble de ces résultats montre qu'aux yeux de certains auteurs, la comparaison reste en faveur du traitement mixte, bien que les chiffres de guérisons considérés en eux-même soient assez variables.

LA CURIETHÉRAPIE ASSOCIÉE A LA CHIRURGIE

DÉTAILS SUR LA CONDUITE DU TRAITEMENT

Examen complet, tant local que général de la malade, et tout particulièrement de la fonction rénale.

Curettage sous anesthésie générale à l'Évipan sodique intra-veineux.

Dilatation très douce du col.

Introduction d'une curette, dont le but n'est pas de ramener l'intégralité de la surface endo-utérine, mais d'aller à la recherche de la localisation néoplasique. Si l'impression est celle du muscle normal, et à plus forte raison si l'on perçoit le « cri utérin », on s'arrête pour inspecter une autre face. L'exploration est arrêtée dès l'obtention des débris recherchés, continuée, dans le cas contraire jusqu'à exploration méthodiquement totale de la cavité utérine.

Mise en place immédiate des tubes de radium-élément.

Dans une sonde « amétallique », on place 40 mmgr, de radium-élément. Filtration par 1 millimètre de platine.

Cette sonde est laissé en place pour détruire entre 50 et 60 milli-cur. : soit 7 jours environ. La sonde est alors retirée. En cas d'incidents pendant le traitement, les tubes sont enlevés. Le traitement est repris quand tout danger est écarté. L'éventualité en est exceptionnelle.

La malade se lève le lendemain du dernier jour de traitement.

Pour éviter l'atrésie vaginale, on prescrit des injections dont on précise la technique afin d'obtenir une irrigation vaginale totale.

Entre temps, le résultat du laboratoire est parvenu.

S'il s'agit d'une métrite, le radium, après destruction de 40 milli-curies, est enlevé ; la malade avertie que tout traitement est terminé et expressément invitée à consulter en cas de réapparition des symptômes.

S'il s'agit d'un épithélioma : détail psychologique, la malade n'est pas prévenue qu'elle aura une intervention chirurgicale à subir. On se borne à lui donner rendez-vous dans le but d'apprécier l'effet du traitement. Par contre, la famille est instruite du résultat histologique, de la conduite à tenir, conduite imposée par le danger que fait courir à la malade la persistance probable de nids néoplasiques en évolution.

Pendant ce temps, les hémorragies cessent radicalement ; l'état général s'améliore et c'est euphorique que la malade revient 6 semaines plus tard. Il y a même parfois quelque difficulté à lui faire comprendre que malgré un état aussi satisfaisant, elle doit subir une hystérectomie. La famille prévenue ce que cet état est éphémère est alors d'un précieux secours pour décider la malade à l'intervention.

On pratique l'hystérectomie totale restreinte.

Le drainage vaginal est utilisé dans certains cas.

Levée du 42^e au 46^e jour.

OBSERVATIONS

Il nous a été impossible de contrôler cliniquement l'état actuel des malades traités. Nous avons demandé, par lettre, de leurs nouvelles. Nous avons aussi reçu des renseignements de leur médecin.

Certaines d'entre elles sont décédées ou vont très mal. La cause n'en est peut-être pas imputable au néoplasme. Dans l'impossibilité de nous prononcer sur cette question, nous considérons tous ces cas comme des échecs du traitement.

OBSERVATION I. — M^{me} R..., 59 ans, 1925. Se porte bien en 1935.

Envoyée par son médecin.

Deux enfants, ménopause il y a 6 ans.

Pertes blanches depuis 6 mois, continues, très abondantes. Pas d'autres symptômes, pas de douleur.

Examen : T. V. et T. R. normaux.

Curettage-biopsie : 20 juin 1925 et pose des tubes de radium.

Examen histologique des débris retirés.

Épithélioma cylindrique du corps utérin.

Curiethérapie : 55 med. en 7 jours.

Hystérectomie : le 11 août 1925. WERTHEIM.

Examen histologique.

1) Sur les coupes de cette pièce on trouve une néoplasie épithéliale du type cylindrique. Végétation épith. très polymorphes avec cellules s'infiltrant en différents points dans le tissu conjonctif selon le type du carcinome.

2) Ganglion : En un point du tissu ganglionnaire on note l'envahissement par la néoplasie épithéliale du type cylindrique (Dr BODIN).

Le 26 mai 1935, son médecin répond à notre demande de renseignements : État général excellent.

parois vaginales souples ;

cicatrice vaginale nette et saine.

OBSERVATION II. — M^{me} G..., 48 ans, 1926. Se porte bien en 1935.

Envoyée par son médecin.

Présente depuis quelques mois des pertes hémorragiques, souffre de la région lombaire.

Examen T. V. : Utérus un peu gros.

Curettage-biopsie le 31 décembre 1925 et application de radium.

Histologie : Épithélioma cylindrique (Dr BODIN).

Curiethérapie : 42 med en 5 jours 1/2.

Hystérectomie totale le 8 février 1926.

Suites opératoires simples.

1935 : Son médecin nous fait savoir qu'il a vu la malade il y a quelques mois et qu'elle se portait très bien.

OBSERVATION III. — M^{me} J..., 54 ans, 1926. Se porte bien en 1935.

Vient consulter pour métrorragies continues avec récemment une hémorragie plus abondante.

Ménopause à 48 ans.

Examen T. V. : Rien de particulier, sinon utérus un peu augmenté de volume.

Curettage-biopsie : le 15 décembre 1926 et pose des tubes.

Examen histologique : Épithélioma cylindrique (Dr BODIN).

Curiethérapie : 39,18 mcd.

Hystérectomie : le 29 janvier 1927.

Revue en 1930 :

En 1935 nous écrit qu'elle a présenté il y a 4 ans des maux d'estomac avec amaigrissement ayant fait penser à un ulcère. Se porte actuellement très bien.

OBSERVATION IV. — M^{me} M..., 48 ans, 1926. Métastase péritonéale en 1928.

Depuis la ménopause survenue 3 ans auparavant n'avait présenté aucun trouble. Depuis 4 à 5 mois pertes leucorrhéiques teintées de sang, de plus en plus abondantes.

Examen : T. V. Corps augmenté de volume.

Curettage-biopsie : 13 octobre 1926 et pose des tubes de radium.

Histologie : Épithélioma cylindrique du corps (Dr BODIN).

Curiethérapie : 40 mcd. en 5 jours.

Hystérectomie : 2 décembre 1926.

Revue en 1928 : métastase péritonéale, très mauvais état général. Décédée très probablement depuis (lettre revenue).

OBSERVATION V. — M^{me} Ch... 51 ans, 1927. Se porte bien en 1935.

Amenée à consulter pour des pertes tantôt leucorrhéiques tantôt sanglantes à peu près continuelles, traitées par des injections.

Ex. T. V. Rien d'anormal sauf quelques noyaux indurés dans le col.

Curettage le 16 janvier 1927 et pose des tubes de radium.

Examen histologique : épithélioma cylindrique.

Curiethérapie 43 med.

Hystérectomie totale le 16 janvier 1928.

Intervention difficile par des adhérences qui semblent anciennes.

Suppuration pariétale.

1935 : M^{me} Ch..., nous renvoie le questionnaire que nous lui avons adressé : pas de pertes, poids non modifié, état général très bon.

OBSERVATION VI. — M^{me} Ch..., 1927, 54 ans.
Comptée comme récidive.

Depuis plusieurs mois présente des métrorragies d'abord intermittentes, actuellement à peu près continues. Fatigue et amaigrissement.

Examen T. V. Col irrégulier.

Corps légèrement augmenté de volume.

Curettage-biopsie : le 27 juin 1927 application de radium.

Examen histologique : Épithélioma cylindrique (D^r BODIN).

Curiethérapie : 47,8 med. en 5 jours.

Hystérectomie le 3 août 1927.

En 1935 nous écrit : mauvais état général depuis 1 an ;

— troubles digestifs ;

— douleurs région hépatique ;

— pertes jaunes inodores.

Nous la considérerons comme un échec du traitement malgré le caractère vague de ces troubles.

OBSERVATION VII. — M^{me} D..., 52 ans, 1927.
Décédée cause inconnue, comptée comme récidive.

Envoyée par son médecin pour néo utérin probable.

Examen : gros utérus irrégulier.

Curettage-biopsie : le 24 août 1927 et application de radium.

Examen histologique : Épithélioma cylindrique avec nombreux amas cellulaires atypiques.

Curiethérapie : 58 mcd en 6 jours.

Hystérectomie le 21 octobre 1927.

1935 : la lettre de renseignement adressée à la malade nous est renvoyée avec la mention : décédée. Nous la considérons comme une récédive, malgré l'absence de renseignements.

OBSERVATION VIII. — M^{me} G..., 45 ans, 1927. Va assez bien en 1935.

Est amenée à consulter par l'existence de pertes roussâtres continuelles. Ménopause ?

Examen T. V. Utérus nettement augmenté de volume.

Curettage-biopsie le 12 octobre 1927 et pose du radium.

Examen histologique : Épithélioma cylindrique (D^r BODIN).

Curiethérapie : 51,5 mcd. 6 jours.

Hystérectomie : 1^{er} décembre 1927.

1935 : nous écrit qu'elle est depuis peu fatiguée. Appétit conservé. Pas de perte de poids.

OBSERVATION IX. — M^{me} B..., 67 ans, 1930. Décédée en 1930.

Envoyée par son médecin pour exploration gynécologique.

N'avait eu aucune perte depuis la ménopause (48 ans).

Métrorragies depuis quelques mois.

Examen T. V. L'utérus paraît augmenté de volume.

Curettage-biopsie le 20 novembre 1929 et pose des tubes de radium.

Examen histologique : épithélioma cylindrique.

Curiethérapie : 64 mcd.

Hystérectomie : 5 janvier 1930.

Revue le 30 mai 1930, mauvais état général.

1935 : lettre revenue avec la mention décédée.

Son médecin nous apprend d'autre part qu'elle s'est « éteinte » au milieu d'un tableau clinique rappelant le ramollissement cérébral. Considérée comme récidive.

OBSERVATION X. — M^{me} C..., 54 ans, 1930. Se porte bien en 1935.

Envoyée par son médecin parce qu'elle présente des pertes hémorragiques depuis plusieurs mois.

Examen : T. V. normal.

Curettage-biopsie : le 21 mai 1930 et pose des tubes de radium.

Examen histologique : Épithélioma cylindrique.

Aspect pseudo-glandulaire ou désordonné.

Travées en plusieurs couches sur des axes vasculaires très fins.

Dans cette trame fibrillaire nombreux points d'infiltration.

Curiethérapie : 40 mcd.

Hystérectomie : le 2 juillet 1930.

Revue le 8 avril 1931.

1935 : La malade nous fait savoir quelle se porte très bien. Confirmation par son médecin.

OBSERVATION XI. — M^{me} M..., 46 ans, 1930. Se porte bien en 1935 (malgré métastase humérale probable en septembre 1930).

La malade a été traitée pour épithélioma cylindrique du corps utérin par le D^r L..., par le radium. Elle est envoyée à la clinique pour l'hystérectomie.

Hystérectomie : 10 janvier 1930.

En septembre 1930 : douleur vive et persistante au niveau du col de l'humérus gauche. La radio montre une décalcification de la tête avec petit foyer d'ostéite probable-6.500 R. Solomon ont raison de cet incident que l'on peut, semble-t-il, considérer comme une métastase bénigne.

Revue le 12 novembre 1931.

1935 : le Dr L., qui a bien voulu nous communiquer ce complément d'observation nous fait savoir que la M^{me} M..., se porte très bien.

OBSERVATION XII. — M^{me} L..., 61 ans, 1930. Se porte actuellement très bien.

Bien portante jusqu'en mai 1929. A cette date apparaissent des pertes blanches très abondantes. Quelques douleurs. Attend six mois avant de consulter (3 enfants, ménopause à 52 ans).

Examen T. V. : col ulcéré ;

Corps gros et mou.

Curettage-biopsie, le 2 août 1930 et pose des tubes de radium.

Examen histologique : Néoplasie épithéliale à structure alvéolaire. Cellules épithéliales polymorphes. Nombreuses dégnérescences et pycnoses des noyaux. Karyokinèses fréquentes. En certain points on trouve des rangées de cellules qui bordent la paroi des alvéoles et qui permettent de penser à l'origine glandulaire de cette tumeur.

Le stroma est très réduit et infiltré d'éléments jeunes et polymorphes (Dr BODIN).

Curiethérapie : 37,9 mcd.

Hystérectomie : le 27 février 1931. La malade aurait dû revenir beaucoup plus tôt. Elle a recommencé à saigner.

Dans le fond de la cavité utérine on trouve des bourgeons néoplasiques. Sur le col on remarque une greffe épithéliale nettement séparée de la cavité par une zone saine.

1935 : Son médecin nous envoie une lettre nous confirmant l'excellent état général que la M^{me} L..., dit présenter dans le questionnaire que nous lui avons adressé.

OBSERVATION XIII. — M^{me} L..., 62 ans, 1931. Est actuellement très mal.

Leucorrhée, métrorragies alternant depuis plusieurs mois.

Examen : T. V. difficile.

Curettage biopsie : 20 avril 1931.

Examen histologique : Épithélioma cylindrique.

Curiethérapie : 50 mcd. appliqués en 5 jours 1/2.

Hystérectomie : le 10 juin 1931.

Revue en décembre 1931.

Revue en juillet 1934 : allait bien.

En 1935 : Alitée depuis 1 mois, vomissements, diarrhée amaigrissement très marqué.

Considérée comme récidive.

OBSERVATION XIV. — M^{me} B..., 34 ans, 1931. Se porte actuellement bien.

Plusieurs petites pertes de sang entre les règles qui ont inquiété immédiatement la malade ordinairement bien réglée.

Un enfant.

Examen : Exulcérations sur le col.

Corps normal.

Curettage-biopsie : Le 31 juillet 1931 et pose des tubes de radium.

Examen histologique : La lésion est caractérisée par une prolifération excessive des glandes qui sont très augmentées de nombre et dont le revêtement cellulaire polystratifié comporte de nombreuses cellules anormales, en karyokinèse. On note, en outre, la présence de quelques fusées cellulaires isolées dans le tissu conjonctif, avec les mêmes caractères néoplasiques. Le trame de la tumeur est extrêmement infiltrée de cellules embryonnaires. Histologiquement, le diagnostic d'épithélioma cylindrique ne fait aucun doute (D^r CHEVREL).

Curiethérapie : 50 mcd.

Hystérectomie : août 1931.

Examen histologique sur la pièce opératoire :

L'examen histologique montre une muqueuse hypertrophique très infiltrée, mais dont les formes glandulaires sont normales.

Au-dessous de la muqueuse, le tissu propre de l'utérus est transformé en un bloc fibreux parsemé de quelques faisceaux musculaires lisses. Il n'existe dans ce tissu aucune forme néoplasique quelconque.

OBSERVATION XV. — M^{me} C..., 45 ans, 1932. Troubles psychiques et mort en 1933.

Consulte pour métrorragies dont le début remonte à plusieurs mois et qui ont été considérées comme des troubles de la ménopause.

Examen T. V. : utérus globuleux en rétroversion.

Curettage-biopsie : 25 juin 1932 pose des tubes de radium.

Examen histologique : Le chorion de la muqueuse est extrêmement épaissi et infiltré, renferme de nombreuses glandes en hyperplasie dilatées ou tortueuses. Stroma très raréfié ; conclusions douteuses...

Curiethérapie : 46 mdc.

Hystérectomie : le 11 août 1932.

Hémostase difficile, obésité.

Renseignements : peu de temps après l'intervention a présenté des troubles psychiques qui ont conduit au suicide (métastase crânienne très probable). (Noter que ce cas était histologiquement douteux.)

OBSERVATION XVI. — M^{me} C..., 1932. En 1935 va bien. Métrorragies chez une femme au voisinage de la ménopause.

Examen T. V. : utérus augmenté de volume.

Curettage-biopsie : le 10 août 1932 et pose des tubes de radium.

Examen histologique : épithélioma cylindrique.

Curiethérapie : 43 mcd. en 144 heures.

Hystérectomie : le 16 septembre 1932.

1935 : M^{me} C... nous répond que son état est excellent et son médecin confirme cette affirmation.

OBSERVATION XVII. — M^{me} M..., 46 ans, 1932. Actuellement se porte bien.

Consulte pour métrorragies et leucorrhée abondante.

Examen : corps utérin semble un peu augmenté de volume et plutôt mou.

Curettage-biopsie : le 27 septembre 1932.

Examen histologique : muqueuse utérine en hyperplasie. Tubes glandulaires tellement nombreux qu'en divers points ils sont au contact. Stroma conjonctif très réduit.

Curiethérapie : le 27 septembre 1932, 32 mcd. en 6 jours.

Hystérectomie décidée et faite le 9 novembre 1932.

Examen histologique : travées épithéliales néoplasiques dissociant les éléments du muscle utérin. Epithélioma certain (Docteur CHEVREL).

Revue le 2/III/33, 21/XII/33, 28/VI/34.

1935 : Par son médecin et par elle-même nous apprenons qu'elle se porte toujours très bien.

OBSERVATION XVIII. — M^{lle} C..., 47 ans, 1932. Actuellement se porte bien.

Envoyée par son médecin pour complément d'observation gynécologique. Métrorragies.

Examen : Col petit.

Corps donne l'impression d'être un peu gros.

Curettage-biopsie, le 27 août 1932 et pose des tubes de radium.

Examen histologique : Epithélioma cylindrique (Dr CHEVREL).

Curiethérapie : 43 mcd. en 6 jours.

Hystérectomie : le 5 décembre 1932. Rachianesthésie avec vomissements au début. Opération difficile. Drainage vaginal.

1935 : Le médecin de M^{lle} C..., nous fait savoir qu'elle continue son travail sans fatigue.

OBSERVATION XIX. — M^{me} B..., 21 ans, 1933, 1935, va bien. Ordinairement réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans. Mariée depuis 5 ans. Leucorrhée, puis métrorragies d'abord rapportées à une métrite col et corps. Son médecin l'envoie pour complément d'observation.

Curettage-biopsie : le 16 mai 1932 et pose de tubes de radium, les débris retirés ayant immédiatement paru suspects.

Examen histologique : La biopsie est parcourue dans tous les sens par de nombreux tubes pseudo-glandulaires très végétants et revêtus par un épithélium cylindrique stratifié formé de cellules plus ou moins atypiques. En de nombreux points, ces tubes viennent au contact les uns des autres sans interposition des éléments du chorion.

La trame conjonctive est fine, richement vascularisée, infiltrée par places de cellules embryonnaires.

Le diagnostic est celui d'épithélioma cylindrique paraissant au début de son évolution (Docteur CHEVREL).

Curiethérapie : 57 mcd. en 7 jours.

Hystérectomie totale : le 24 juin 1933.

1935 : M^{me} B... est venue récemment à la clinique. Etat général excellent. Léger degré d'atrésie vaginale.

OBSERVATION XX. — M^{me} R..., 51 ans, 1933. Décédée en 1934.

Métrorragies depuis environ deux mois.

Examen : Utérus de volume augmenté et irrégulier.

Curettage-biopsie, le 16 déc. 1932 et pose des tubes de radium.

Examen histologique : épithélioma cylindrique.

Curiethérapie : 28 med.

Hystérectomie totale avec ablation d'une partie du vagin le 11 février 1933.

1935 : nous apprenons que la malade est décédée le 25 juillet 1934. Cachexie avec œdème des jambes, amaurose. Récidive presque certaine.

OBSERVATION XXI. — M^{me} Le R..., 65 ans environ. 1933. Actuellement bien portante.

De cette malade nous n'avons pu retrouver qu'une simple fiche portant la mention « épithélioma cylindrique du corps ». Traitement également mixte.

Hystérectomie : vers avril 1933.

1935 : Revue en septembre. Se porte très bien. Vagin légèrement atrésié.

OBSERVATION XXII. — M^{me} G..., 55 ans, 1934. Se porte toujours bien. Envoyée par son médecin parce qu'elle présente des pertes sanguinolentes persistantes.

Examen : Difficile.

Curettage-biopsie, le 13 juin 1934 et pose des tubes de radium.

Examen histologique : Epithélioma cylindrique atypique (D^r CHEVREL).

Curiethérapie : 54 med. en 7 jours.

Hystérectomie, le 5 août 1934.

On découvre un utérus ayant le triple du volume normal. Adhérences, difficultés de libération avec la vessie.

L'utérus contient des débris sanieux, du tissu néoplasique, du pus.

1935 : Revue en mai 1935 se portait très bien. La lettre envoyée ne nous a pas été retournée.

OBSERVATION XXIII. — M^{lle} O..., 59 ans, 1934.
Actuellement bien portante.

Est allée consulter son médecin pour métrorragies.

Examen : Utérus paraît augmenté de volume.

Curettage-biopsie, le 5 juin 1934 et pose des tubes de radium.

Examen histologique :

L'examen de la biopsie montre qu'elle est constituée par un tissu néoplasique caractérisé par la prolifération de travées épithéliales à cellules cylindriques atypiques.

Ces travées tapissent la paroi de cavités irrégulières et végétantes, séparées les unes des autres par de minces cloisons conjonctives. Cette trame conjonctive extrêmement discrète ne présente pas d'infiltration.

Le diagnostic d'épithélioma cylindrique ne fait aucun doute (D^r CHEVREL).

Hystérectomie : le 27 juillet 1934.

Revue le 23/I/35.

Septembre 1935 : nous écrit qu'elle se porte très bien.

OBSERVATION XXIV. — M^{me} S..., 37 ans. Récidive vaginale, semble avoir cédé à une nouvelle irradiation. Recul insuffisant pour se prononcer.

Métrorragies.

Curettage-biopsie : le 20 avril 1934, pose des tubes de radium.

Examen histologique : Nombreuses travées épithéliales néoplasiques tapissant des cavités irrégulièrement arrondies. Travées formées de cellules cylindriques atypiques soulevées çà et là par d'importantes végétations.

Toute trace de chorion a disparu pour faire place à une trame conjonctive lâche, discrète non infiltrée, richement vascularisée (D^r CHEVREL).

Diagnostic : Epithélioma cylindrique.

Curiethérapie : 50 mcd.

Hystérectomie totale le 20 juin 1934.

16/I/35. Réapparition d'hémorragies. Hospitalisation et nouvelle application de radiations le 13/3/35 pour récidive paroi antérieure du vagin et fourchette.

Novembre 1935 : Va bien. Expectative...

STATISTIQUES DES GUÉRISONS ÉLOIGNÉES DES ÉPITHÉLIOMAS CYLINDRIQUES DU CORPS DE L'UTÉRUS PAR LA MÉTHODE CURIETHÉRAPIE-CHIRURGIE ASSOCIÉES.

Années	Nombre de cas	Morts post-opérat	Récidives	Guérisons
1925.....	1	0	0	1
1926.....	3	0	1	2
1927.....	4	0	2	2
1930.....	4	0	1	3
1931.....	2	0	1	1
1932.....	4	0	1	3
1933.....	3	0	1	2
1934.....	3	0	1 (?)	2

Proportion *minima* de guérisons remontant à 5 ans ou plus : 66,66 %. Cette proportion est la même si l'on envisage les cas remontant à 2 ans.

Nous avons considéré tous les décès comme des échecs du traitement ; l'âge des malades, l'absence de renseignements sur les circonstances précises de la mort, permettent de supposer qu'une récidive du néoplasme n'a pas toujours été en cause. La proportion de guérison doit donc être supérieure au chiffre donné.

CONCLUSIONS

Des opinions divergentes séparent les chirurgiens français sur les questions fréquence du cancer du corps de l'utérus, diagnostic, opportunité du curettage. Tous se retrouvent d'accord sur la nécessité de l'intervention chirurgicale : l'hystérectomie s'avère un temps indispensable dans le traitement de l'épithélioma cylindrique du corps de l'utérus.

La Curiethérapie dont à l'étranger on proclame les mérites doit être réservée aux seuls cas inopérables. Son efficacité reste discutée par la presque unanimité des auteurs français. La présence de bourgeons cancéreux après irradiation, constatée opératoirement, constitue un gros argument contre son emploi exclusif.

Le problème de l'opposition entre partisans et adversaires de la Curiethérapie semble avoir sa solution dans des considérations histologiques.

Certains cas compris dans les statistiques étrangères parmi les cancers paraissent devoir être rattachés aux lésions bénignes. Ainsi s'affirme l'importance capitale de l'examen histologique et la nécessité de tests communs de malignité.

Loin d'opposer les deux traitements préconisés, nous avons exposé et défendu une méthode mixte associant la Curiethérapie à la Chirurgie.

La Curiethérapie pré-opératoire, appliquée immédiatement après le curettage-biopsie, présente de multiples avantages.

Avantages au moment du curettage :

— application immédiate du traitement sans perte de temps ;

— réduction des dangers de métastases et d'infection, arguments invoqués pour écarter une méthode diagnostique du plus haut intérêt.

Si l'examen histologique affirme métrite, la radium-thérapie, à laquelle on se limite, reste un traitement particulièrement efficace dans les cas les plus rebelles.

Avantages au moment de l'hystérectomie :

Elle est pratiquée, six semaines plus tard, dans les meilleurs conditions locales :

— néoplasme ralenti dans son évolution ;

— cavité utérine nettoyée et asséchée.

Non plus chez une malade anémiée, mais chez une femme résistante, au moral meilleur.

D'où une mortalité post-opératoire très réduite.

Avantages éloignés, enfin, de la méthode curiethérapie-chirurgie associées.

Ainsi qu'en fait foi la forte proportion de guérisons, guérisons que le recul du temps incite à considérer comme définitives.

VU : *Le Doyen,*
ROUSSY.

VU : *Le Président de Thèse,*
R. GRÉGOIRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARCHANGUELSKI. — Évacuation comparative des résultats des traitements du cancer des organes génitaux chez la femme par la méthode opératoire par la Roetngen-Curiethérapie (*Gynécol. et Obstétr.*, 1928, n° 4, p. 325).
- AUCLERC. — De l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement du cancer de l'utérus (*Thèse*, 1898-1899, n° 563).
- BAUD (M^{lle}). — Les complications de la Curiethérapie du cancer de l'utérus (*Thèse*, Paris 1923, n° 563).
- RECLÈRE (Claude). — Le Cancer du corps utérin au point de vue de ses divers traitements. Prix Daudet 1930.
- Traitement du cancer du corps de l'utérus. État actuel de la question. (*Paris Médical*, 19 mars 1932, p. 259-266).
- Comment interpréter une radiographie de l'utérus et des trompes de Fallope (*Monde Médical*, 15 novembre 1930, p. 923).
- Les injections intra-utérines de lipiodol sont-elles dangereuses (*Presse Méd.*, 23 juin 1928, p. 791).
- BILHAUT. — Évolution du traitement chirurgical du cancer utérin (*Thèse*, Paris 1906-1907, n° 352).
- BOWING et FRICKE. — Le radium adjuvant de la chirurgie dans le cancer du corps utérin (*Americ. Journ. of Röntg.*, nov. 1931, p. 378).
- BISCH (A.-P.). — Cancer primitif du corps de l'utérus (*Thèse*, Lyon 1891).
- BISCH (A.). — Étude anatomique, clinique, thérapeutique du cancer du corps de l'utérus (*Thèse*, Lyon 1933-34, n° 63).

- BUTAUD (P.). — Les métrorragies après la ménopause (*Thèse*, Paris 1933, n° 547).
- BRUYÈRE. — Contribution à l'étude du cancer du corps de l'utérus (*Thèse*, Bordeaux 1892-1893, n° 73).
- CADENAT. — Que faire en présence d'une métrorragie (*l'Hôpital A et B* juillet 1927, n° 194 et n° 195).
- Les dangers de la biopsie dans le cancer de l'utérus. (*l'Hôpital*, avril 1930).
- CAHEN et DELPORTE. — Contribution à l'étude des épithéliomas cylindriques de l'utérus (*Le Cancer*, Bruxelles 1927, n° 3, p. 305).
- CHARBONNEL. — Discussion sur les néoplasmes du corps de l'utérus (*Soc. d'Obst. et de Gynécol.*, Bordeaux 8 mai 1928).
- DODERLEIN. — Tableaux des résultats de la radiothérapie des cancers utérins donnant la proportion des guérisons après 5 ans obtenues à Munich entre 1913 et 1929. Comparaison avec les statistiques mondiales (*Strahlentherapie*, Berlin, 29 juin 1930).
- DRIESSEN. — L'extirpation chimique de l'utérus dans le cancer du corps (*Zentralb. f. Gyn. Leipzig*, janvier 1927, p. 272).
- DUCUING. — Toute femme qui saigne après la ménopause a un cancer utérin (*Bull. Soc. Obst. et Gynécol. de Paris*, t. XXI, octobre 1932, p. 607).
- DUVAL (J.-F.). — Cancer primitif du corps de l'utérus (*Thèse*, Paris 1928, n° 216).
- EYMER. — Résultats de la radiothérapie des cancers de l'utérus (*Strahlentherapie* Berlin, 3 mai 1933).
- FAURE et SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale (4^e édition, Doin Éditeur).
- FAURE (J.-L.). — Les méfaits du curettage utérin dans le cancer du corps de l'utérus (*Presse méd.*, 24 mai 1930, n° 42, p. 705).
- *Id...*, discussion (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris juillet 1928, n° 75, p. 451).
- FLECHTER SHAW. — De l'hémorragie pendant et après la ménopause (*British Medical Journ.*, 19 juin 1926).
- FORGUE et MASSABAU. — Nouveau Traité de Chirurgie de Delbet. (3^e édition, Gynécologie).
- GASNE (M^{lle}). — Les états pré-cancéreux de la muqueuse du corps de l'utérus (*Thèse*, Paris 1932, n° 631).

- GOLD (Mlle). — Contribution à l'étude du cancer du corps de l'utérus (*Thèse*, Paris 1929, n° 381).
- GONTALLIER. — Métrorragies ovariennes après la ménopause (*Thèse*, Paris 1931).
- GOSSET et WALLON. — La mortalité de la Curiethérapie des cancers utérins. Comment la combattre (*Arch. Elec. méd.*, juillet 1934).
- GRÉGOIRE, BECLÈRE (Cl.) et DARBOIS. — Examen radiologique de l'utérus et de ses annexes. Technique, résultats (*Journ de Chirurgie*, juin 1926, p. 688).
- HAMANT et VICHARD. — A propos du traitement du cancer du corps utérin (*Bul. Soc. Obst. et Gynéco.*, Paris, novembre 1934).
- HAUPT. — Les résultats du traitement du cancer de la matrice à la clinique gynécologique de Bonn depuis 1912 (*Strahlentherapie*, Berlin, 14 juin 1932).
- HEALY et CUTLER. — Radiation et traitement chirurgical du cancer du corps de l'utérus. Résultats sur 100 cas du « Memorial Hospital » à New-York (*Americ. Journ. Obst. and Gyn.*, avril 1930, p. 457).
- HEALY W.(-P.). — Traitement du cancer du corps de l'utérus par les radiations (*Am. Journ. Obst. and Gyn.*, 11 juin 1934).
- HELD. — Contribution à la Curiethérapie des cancers du corps utérin (*Gyn. et Obst.* Paris, septembre 1934, p. 250).
- HEYMANN. — Traitement radiologique ou opératoire du cancer du corps de l'utérus (*Strahlentherapie*, Berlin, 1928, n° 3).
- Notre expérience au Radium-Hemmet sur le traitement du cancer du corps de l'utérus (*Acta Radiologica*, Stockholm, 1926, vol. VI, p. 566).
- La radiothérapie dans le carcinome de l'utérus (*Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavia* 1934, n° 4).
- HERVE. — Comment s'impose cliniquement le cancer du corps de l'utérus (*Thèse*, Lyon 1929-1930, n° 50).
- HURDON et CHAMBERS. — Le traitement du carcinome du corps de l'utérus par les radiations (*Proceed. Royal Soc. of Méd.*, Londres, avril 1933).
- JACQUES. — Contribution à l'étude du Cancer du corps utérin. (*Thèse*, Lille 1929-1930, n° 14).

- KAMINKER. — Sur le traitement du cancer du corps utérin. (*Wien. Klin. Woch.*, 28 août 1934, p. 1107).
- Sur la combinaison de l'opération et de l'irradiation dans le carcinome de l'utérus et des ovaires (*Arch. Gynäk.*, Berlin 1932, n° 4, p. 147).
- LACASSAGNE. — Idée actuelles sur la Curiethérapie des cancers (indications, contre-indications, résultats). (*Monde Médical*, 1^{er}-15 juin 1932, p. 694).
- Idées directrices et principes techniques actuels de la Curie-thérapie des cancers à l'Institut du Radium à Paris (*VII^e Congrès Società Italiana di Radiologica Medica*, Naples, octobre 1926).
- Idem.* — (*Archives de l'Inst. du Radium* 1927, t. I, p. 202).
- Résultats de la radiothérapie des adéno-épithéliomes de l'utérus (*Arch. de l'Institut du Radium. Radioph. et Radiothérapie* 1931, p. 133).
- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale.
- LECLERC (G.). — Cancer du corps de l'utérus. Diagnostic par l'exploration intra-utérine. Statistiques, indications thérapeutiques, résultats immédiat et tardif du traitement chirurgical (*Presse Méd.*, 20 juin 1934, p. 993).
- LECLERC (Frédéric). — Diagnostic du cancer du corps utérin. (Lyon 1934).
- LÉO. — De la biopsie dans le cancer du corps utérin. (*Bul. et Mém. de la Société des Chirurgiens de Paris*, 2 nov. 1928, n° 15, p. 768).
- LUZUY. — L'hystérectomie vaginale. Etude de ses indications et technique. (*Thèse Paris*, 1931, n° 469).
- MAYER. — La réhabilitation de l'irradiation pré-opératoire dans le carcinome, dans le cancer de l'utérus. (*Wien. Klin. Wchr.*, 20 oct. 1933).
- MONDOR. — Cancer du corps de l'utérus. (*Pratique médicale Française*, 1934, n° 12).
- MOULONGUET. — Les diagnostics anatomo-cliniques de P. Lecène (1932, t. II, Appareil génital de la femme).
- MOULONGUET et GASNE. — Diagnostic anatomo-pathologique entre les hyperplasies et les néoplasmes de la muqueuse uté-

- rine. Applications à la clinique gynécologique. (*Annales d'Ana. Pathol.* 1934, 5 juill., p. 736).
- MORAN. — Adéno-carcinome de l'utérus. La place de la radiothérapie dans son traitement. (*Journ. of Cancer Research committee.* Sydney 1^{er} févr. 1930. In Index Cancérologique).
- NEIL. — Traitement du cancer du corps de l'utérus. (*Americ. Journ. of Roentg. and Radioth.*, oct. 1930).
- NORSWORTHY. — Cancer du corps de l'utérus. (*Texas State Journ. Med.* Austin Det. 1930. Analyse in « Index Cancérologique »).
- OSTROIL. — Les résultats de la radiumthérapie des cancers utérins. (*Gazette Médicale de France.* Janvier 1932, supplément p. 145).
- PAUCHET. — Danger de la biopsie : la perforation utérine. (*Bull. et Mem. de la Soc. des Chirurgiens de Paris*, 2^e nov. 1928, n° 14).
- PETIT-DUTAILLIS. — Hémorragies génitales post-ménopausiques. (*Presse Méd.*, 20 août 1930, n° 67, p. 1127).
- PICHOT. — Cancer du corps de l'utérus. (*Thèse Paris*, 1876).
- PICARD. — Les métrorragies à l'âge de la ménopause. (*Thèse*, Paris, 1934, n° 467).
- POZZI. — Traitement du cancer du corps de l'utérus en dehors de la grossesse. (*Thèse*, Paris 1887-1888, n° 168).
- QUÉNU (J.) et BUTAUD. — Les métrorragies qui surviennent après la ménopause. (*Bulletin médical*, 17 fév. 1934, 17 mars, 14 avr., 16 juin 1934).
- QUÉNU (J.) et BÉCLÈRE (Cl.). — Diagnostic des hémorragies utérines à l'âge de la ménopause. (*Bul. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, nov. 1933, p. 742).
- ROSENSTEIN (M.). — Contribution à l'étude des métrorragies. L'importance diagnostic de l'examen histologique après un curettage et sa valeur quant aux indications thérapeutiques. (*Strasbourg Médical*, août 1933, n° 22, p. 537).
- ROSENSTEIN (Me). — Contribution à l'étude des métrorragies. (*Thèse*, Strasbourg 1933).
- SÉNÈQUE. — Le cancer du col restant après l'hystérectomie sub-totale. (*Presse Méd.*, 11 juill. 1931).

- SOLOMON. — Traitement radiothérapique des accidents post-ménopausiques. (*Journ. Méd. Franç.*, mars 1928, p. 107).
- STOECKEL. — Statistiques. (*Handbuch der Gynäkologie*, 1931).
- TAILHEFER. — Les cancers de l'utérus et leur traitement. (*Revue Médicale Française*, nov. 1930, n° 8).
- TESSON. — Le cancer primitif du corps utérin. (*Thèse*, Paris 1901-1902, n° 271).
- TIETZE et MAYER. — Hémorragies chez les femmes de plus de 50 ans. Etude statistique. (*La gynécologie*, avr. 1932, p. 240).
- TIXIER et POLLOSSON. — A propos du cancer du corps utérin, étude clinique et statistique. (*Lyon Chirurgical*, janv. 1931, p. 94).
- TIXIER, POLLOSSON, GOUILLOU. — Le cancer du corps utérin. (*Presse Médicale*, n° 90, nov. 1930, p. 1522).
- TODOROFF (11e). — Cancer de l'utérus traité par l'hystérectomie restreinte complétée par la radiumthérapie. (*Thèse*, Paris 1913-1914, n° 21).
- VALLAT. — Epithélioma primitif du corps de l'utérus. (*Thèse* Paris, n° 1888, n° 53).
- VANVERTS. — Traitement du cancer du corps utérin par hystérectomie abdominale sub-totale. (*Bul. Soc. Obst. et Gynéco.*, 1930, p. 435).
- VIOLET. — A propos du diagnostic et du traitement du cancer du corps utérin. (*La Gynécologie*, nov. 1931, p. 664).
- Sur le diagnostic du cancer du corps utérin. (*Lyon Médical*, 5 févr. 1933).
- Cancer du corps utérin et hystérectomie vaginale. (*Lyon Médical*, 5 janv. 1935).
- WARD. — Les complications de la radiumthérapie en gynécologie. (*Am. Journ. Obst. and Gyn.*, Saint-Louis, 25 janv. 1933).
- WOLTZ. — La radiothérapie du carcinome du corps de l'utérus. (*Strahlentherapie*, 14 nov. 1934).

IMPRIMERIE R. BUSSIÈRE
SAINT-AMAND (CHER), FRANCE, 10-12-1935.
